

【介護老人保健施設】 介護報酬等(2023年5月版)

※本チェックリストは、いわゆる赤本・青本・緑本等に掲載されている各種基準・告示・通知・QA・関連法令等を、通読できるかたちに再編集したものです(準用規定もあるため一部サービス名が異なっている場合があります)。  
 ※ローカルルール等もありますが、ここに示す国が定めた基本を理解することが重要です。本チェックリストをきっかけに、原典にもあたって頂き、必要に応じて指定権者や保険者等に確認をするようにして下さい。

番号	理解	実施	法令の理解	備考
報酬請求指導について				
			・加算報酬上の基準要件を一つでも満たしていない場合 ・解釈通知に即したサービス提供を実施していないことにより加算本来の趣旨を満たしていない場合  適切なサービスの実施となるよう是正指導の上、加算報酬上の基準要件等を満たしていない部分について自己点検の上、過誤調整により返還させる(遡及適用あり)	
			加算報酬上の基準要件を満たしていない場合及び解釈通知に即したサービス提供を実施されていない場合であって、当該報酬請求の内容が著しく悪質で不正な請求と認められる場合  法第22条第3項に基づく返還金及び加算金(※4割)の徴収(遡及適用あり)	

【通則等】 端数処理

		<p>算定上における端数処理について</p> <p>①単位数算定の際の端数処理          単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算(何らかの割合を乗ずる計算に限る。)を行う度に、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。</p> <p>この計算の後、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示(令和3年厚生労働省告示第73号)附則第12条に規定する単位数の計算を行う場合も、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行うが、小数点以下の端数処理の結果、上乘せされる単位数が1単位に満たない場合は、1単位に切り上げて算定する。</p> <p>ただし、特別地域加算等の支給限度額管理対象外となる加算や事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物利用者20人以上にサービスを行う場合の減算を算定する場合等については、対象となる単位数の合計に当該加減算の割合を乗じて、当該加減算の単位数を算定することとする。</p> <p>(例1) 訪問介護(身体介護中心 20分以上30分未満で250単位)          ・夜間又は早朝にサービスを行う場合、所定単位数の25%を加算  <math>250 \times 1.25 = 312.5 \rightarrow 313</math>単位          ・この事業所が特定事業所加算(IV)を算定している場合、所定単位数の5%を加算  <math>313 \times 1.05 = 328.65 \rightarrow 329</math>単位          * <math>250 \times 1.25 \times 1.05 = 328.125</math>として四捨五入するのではない。</p> <p>(例2) 訪問介護(身体介護中心 30分以上1時間未満で396単位)          ・月に6回サービスを行い、特別地域加算の対象となる場合、対象となる単位数の合計に15%を加算  <math>396 \times 6回 = 2,376</math>単位  <math>2,376 \times 0.15 = 356.4 \rightarrow 356</math>単位</p> <p>② 金額換算の際の端数処理          算定された単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満(小数点以下)の端数については「切り捨て」とする。          (例) 前記①の事例(例1)で、このサービスを月に8回提供した場合(地域区分は1級地)</p> <p><math>329</math>単位 <math>\times</math> <math>8回 = 2,632</math>単位</p> <p><math>2,632</math>単位 <math>\times</math> <math>11.40</math>円/単位 <math>= 30,004.80</math>円 <math>\rightarrow 30,004</math>円</p> <p>なお、サービスコードについては、加算等を加えた一体型の合成コードを基本として作成しており、その合成単位数は、既に端数処理をした単位数(整数値)である。</p>	

【通則等】 入所日数の数え方

			① 短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含むものとする。	
			② ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設又は介護保険施設(以下②及び③において「介護保険施設等」という。)の間で、又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているもの間で、利用者等が1の介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合については、入所等の日は含み、退所等の日は含まれない。したがって、例えば、短期入所生活介護の利用者がそのまま指定介護老人福祉施設に入所したような場合は、入所に切り替えた日については短期入所生活介護費は算定しない。	
			③ なお、介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設等と同一敷地内にある病院若しくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるもの(以下「医療保険適用病床」という。)又は当該介護保険施設等と隣接若しくは近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているもの(以下③において「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。)に入院する場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む。)は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む。)は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。	
			④ 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号。以下「通所介護費等の算定方法」という。)の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日は含まないものとする。	

【通則等】 常勤換算方法による職員数の算定方法			
			<p>常勤換算方法による職員数の算定方法等について                      暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に1割の範囲内で減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。                      その他、常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについては、①及び②のとおりとすること。</p>
			<p>① 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律(昭和47年法律第113号)第13条第1項に規定する措置(以下「母性健康管理措置」という。)又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。)第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置(以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。)が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。</p>
			<p>② 当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)に達していることをいうものであるが、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。</p> <p>また、常勤による従業者の配置要件が設けられている場合、従業者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項(第2号に係る部分に限る。)の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該要件において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能であることとする。</p>

【通則等】 新設・増床・減床の場合の利用者数			
		<p>新設、増床又は減床の場合の利用者数等について</p> <p>人員基準欠如及び夜勤を行う職員の員数の算定に関しては、</p> <p>イ 新設又は増床分のベッドに関して、前年度において1年未満の実績しかない場合(前年度の実績が全くない場合を含む。)の利用者数等は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を利用者数等とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における全利用者等の延数を6月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から1年以上経過している場合は、直近1年間における全利用者等の延数を1年間の日数で除して得た数とする。</p> <p>ロ 減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の延利用者数を延日数で除して得た数とする。</p> <p>ただし、病院又は診療所の医師の人員基準欠如の運用における利用者数等については、医療法の取扱いの例によるものであり、医事担当部局と十分連携を図るものとする。</p> <p>また、短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護については、イ又はロにより難しい合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者数を推定するものとする。</p>	
【通則等】 短期入所的な施設サービスの利用			
		<p>短期入所的な施設サービスの利用について</p> <p>短期入所サービスについては、その運営に関する基準において「サービス内容及びその利用期間等について利用申込者の同意を得なければならない」とされており、あらかじめ利用期間(退所日)を定めて入所するものである。よって、あらかじめ退所日を決めて入所する場合(ただし、施設の介護支援専門員と在宅の居宅介護支援事業者が密接な連携を行い、可能な限り対象者が在宅生活を継続できることを主眼として実施される介護福祉施設サービス費及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の在宅・入所相互利用加算対象者を除く。)、そのサービスは短期入所サービスであり、このようなサービス利用を「施設入所」とみなすことは、短期入所サービスを含む居宅サービスの支給限度基準額を設けた趣旨を没却するため、認められない。</p>	

【通則等】「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について			
			<p>「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について</p> <p>① 加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」(以下「日常生活自立度」という。)を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書(以下この号において「判定結果」という。)を用いるものとする。</p>
			<p>② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」(平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知)に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3. 心身の状態に関する意見 (1) 日常生活の自立度等について ・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いるものとする。</p>
			<p>③ 医師の判定が無い場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。)にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。</p>
【通則等】月途中の変更			
			<p>&lt;要介護状態区分月期途中で変更になった場合の請求&gt;</p> <p>月の途中で要介護状態区分が変更となった場合、例えば4月15日に区分変更申請を行い、要介護2から要介護3に変更となった場合、4月に提供している全てのサービスの報酬請求は要介護3として請求するのか。</p> <p>12.4.28事務連絡 介護保険最新情報vol.71 介護報酬等に係るQ&amp;A vol.2 / V 2</p> <p>報酬請求においては、当該サービスを提供した時点における要介護状態区分に応じた費用を算定するものであるため、上記の場合、14日までは「要介護2」に応じた単位数で請求し、15日からは「要介護3」に応じた単位数で請求するものとする。また、変更申請中における当該月の報酬請求については、要介護状態区分の結果が分かった後に行うこととなる。なお、4月分の訪問サービスの区分支給限度額については、重い方の要介護状態区分である「要介護3」の区分支給限度基準額の9割を適用することとなっている。</p> <p>(参考)訪問サービス区分の支給限度額管理の期間については、要介護認定又は要支援認定の有効期間に係る日が属する月について、それぞれ当該月の初日から末日までの1ヶ月間とすることとなり、月途中で要介護状態区分が変更となった場合、当該月にかかる訪問サービス区分支給限度額は、重い方の要介護状態区分に応じた支給限度基準額の9割の額を適用する。</p>

		<p>&lt;要介護状態区分の変更&gt;</p> <p>要介護状態区分が月途中で変更になった場合の請求について 15.6.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.153 介護報酬に係るQ&amp;A(vol.2) /22</p> <p>例えば4月15日に区分変更申請を行い、要介護2から要介護3に変更となった場合、14日まで「要介護2」に応じた単位数で請求し、15日からは「要介護3」に応じた単位数で請求する。また、変更申請中における当該月の報酬請求については、要介護状態区分の結果が判明した後に行うことになる。なお、4月分の区分支給限度基準額については、重い方の要介護状態区分である「要介護3」の区分支給限度基準額を適用する。</p>	
<p>介護保健施設サービス費</p>			
		<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。なお、入所者の数又は医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>	
		<p>(1) 所定単位数を算定するための施設基準について</p> <p>介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、理学療法士、作業療法士及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが必要であること(施設基準第55号)。</p>	

イ(I)				イ(II)		イ(III)		イ(IV)	
基本型 (指標20以上)	※加算型 在宅復帰・在宅療 養支援機能加算 (I) (指標40以上)	在宅強化型 (指標60以上)	超強化型 在宅復帰・在宅療 養支援機能加算 (II) (指標70以上)	療養型老健 (転換型)	療養型老健 (転換型) 入所者40名以下	その他型 (指標20未満)			
(i)個室		(ii)個室		(i)個室	(i)個室	(i)個室			
(iii)多床室		(iv)多床室		(ii)多床室	(ii)多床室	(ii)多床室			
※「ロ」がユニット型									
<p>五十五 介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>イ 介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(1) 介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(i)又は(iii)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(一) 看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法(介護老人保健施設基準第二条第三項に規定する常勤換算方法をいう。以下この号及び第六十一号において同じ。)で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>(二) 通所介護費等の算定方法第十三号ロに規定する基準に該当していないこと。</p> <p>(三) 入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>(四) 当該施設から退所した者(当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。以下このイにおいて「退所者」という。)の退所後三十日以内(退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあつては、十四日以内)に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p> <p>(五) 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。</p> <p>(六) 当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。</p>									
<p>(七) 次に掲げる算式により算定した数が二十以上であること。  <math>A+B+C+D+E+F+G+H+I+J</math>                      備考 この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。</p>									



		<p>A 算定日が属する月の前六月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が一月間を超えていた退所者に限る。)の占める割合が百分の五十を超える場合は二十、百分の五十以下であり、かつ、百分の三十を超える場合は十、百分の三十以下である場合は零となる数</p> <p>B 三十・四を当該施設の平均在所日数で除して得た数が百分の十以上である場合は二十、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上である場合は十、百分の五未満である場合は零となる数</p> <p>C 入所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の入所予定日前三十日以内又は入所後七日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。)を行った者の占める割合が百分の三十以上である場合は十、百分の三十未満であり、かつ、百分の十以上である場合は五、百分の十未満である場合は零となる数</p> <p>D 入所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前三十日以内又は退所後三十日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。)の占める割合が百分の三十以上である場合は十、百分の三十未満であり、かつ、百分の十以上である場合は五、百分の十未満である場合は零となる数</p> <p>E 法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、法第八条第八項に規定する通所リハビリテーション及び法第八条第十項に規定する短期入所療養介護について、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。)において全てのサービスを実施している場合は五、いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは三、いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは一、いずれか一種別のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は零となる数</p> <p>F 当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が、五以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に百を乗じた数がそれぞれ〇・二以上である場合は五、五以上の場合は三、五未満であり、かつ、三以上である場合は二、三未満である場合は零となる数</p> <p>G 当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が三以上の場合は五、三未満であり、かつ、二以上の場合は三、二未満の場合は零となる数</p> <p>H 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者の占める割合が百分の五十以上である場合は五、百分の五十未満であり、かつ、百分の三十五以上である場合は三、百分の三十五未満である場合は零となる数</p> <p>I 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、喀(かく)痰(たん)吸引が実施された者の占める割合が百分の十以上である場合は五、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上である場合は三、百分の五未満である場合は零となる数</p> <p>J 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が百分の十以上である場合は五、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上である場合は三、百分の五未満である場合は零となる数</p>	
--	--	---	--

		<p>2) 介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(ii)又は(iv)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(一) (1)(一)から(六)までに該当するものであること。                  (二) (1)(七)に掲げる算定式により算定した数が六十以上であること。                  (三) 地域に貢献する活動を行っていること。                  (四) 入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。</p>	
		<p>(3) 介護保健施設サービス費(Ⅱ)の介護保健施設サービス費(i)又は(ii)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(一) 平成十八年七月一日から平成三十年三月三十一日までの間に転換を行って開設した介護老人保健施設であること。</p> <p>(二) 算定日が属する月の前十二月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等(法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所並びに他の社会福祉施設等を除く。)から入所した者の占める割合を減じて得た数が百分の三十五以上であることを標準とすること。ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情があるときはこの限りでない。</p> <p>(三) 算定日が属する月の前三月間における入所者等(当該介護老人保健施設の入所者及び当該介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の利用者をいう。以下この号において同じ。)のうち、喀(かく)痰(たん)吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が百分の十五以上又は著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が百分の二十以上であること。</p> <p>(四) (1)(一)及び(二)に該当するものであること。</p>	
		<p>(5) 介護保健施設サービス費(Ⅲ)の介護保健施設サービス費(i)又は(ii)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(一) (3)に該当するものであること。                  (二) 入所者等の合計数が四十以下であること。</p>	
		<p>(6) 介護保健施設サービス費(Ⅳ)の介護保健施設サービス費(i)又は(ii)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(1)(一)及び(二)に該当するものであること。</p>	

		<p>(1) 介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>(一) 介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)又は(Ⅳ)を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が二以上(指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計数(以下この号において「利用者等の数」という。))が四十以下の介護老人保健施設であって、常時、緊急時の連絡体制を整備しているもの(一以上)であること。</p> <p>(二) 介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅱ)を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>a (一)に掲げる基準に該当するものであること。ただし、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が一以上でよいこととする。</p> <p>i 一又は二の病棟を有する病院(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第一条の五第一項に規定する病院をいう。以下同じ。)が介護老人保健施設基準附則第十三条に規定する転換(以下「転換」という。)を行って開設した介護老人保健施設であること(一の病棟の一部のみが介護老人保健施設に転換した場合に限る。))。</p> <p>ii 病院又は夜勤を行う看護職員若しくは介護職員の数が一以上である一般病床若しくは療養病床を有する診療所(医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。以下同じ。)に併設する介護老人保健施設であること。</p> <p>iii 併設する病院又は一般病床若しくは療養病床を有する診療所の入院患者、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計が百二十以下であること。</p> <p>b 夜勤を行う看護職員の数が利用者等の数を四十一で除して得た数以上であること。</p> <p>(三) 介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅲ)を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>a 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が二以上であること。ただし、常時、緊急時の連絡体制を整備しているもの(一以上)であっては、一以上でよいこと。</p> <p>b 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること。</p> <p>c aの規定にかかわらず、病院が転換した介護老人保健施設であって、次に掲げる要件のいずれにも適合しているものについては、夜勤を行う看護職員又は介護職員を置かないことができる。</p> <p>i 一又は二の病棟を有する病院が転換を行って開設した介護老人保健施設であること(一の病棟の一部のみが介護老人保健施設に転換を行って開設した場合に限る。))。</p> <p>ii 病院に併設する介護老人保健施設であること。</p> <p>iii 併設する病院の入院患者、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計が百二十以下であること。</p> <p>d aの規定にかかわらず、一般病床又は療養病床を有する診療所が転換を行って開設した介護老人保健施設であって、次に掲げる要件のいずれにも適合しているものについては、夜勤を行う看護職員又は介護職員を置かないことができる。</p> <p>i 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が一以上である一般病床又は療養病床を有する診療所に併設する介護老人保健施設であること。</p> <p>ii 併設する診療所の入院患者、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計が十九以下であること。</p>	
--	--	---	--

	<p>ロ ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(1) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(i)又は経過のユニット型介護保健施設サービス費(i)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(一) イ(1)(一)及び(三)から(七)までに該当するものであること。</p> <p>(二) 通所介護費等の算定方法第十三号ハに規定する基準に該当していないこと。</p> <p>(2) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(ii)又は経過のユニット型介護保健施設サービス費(ii)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(1)(二)並びにイ(1)(一)、(三)から(六)まで及び(2)(二)から(四)までに該当するものであること。</p> <p>(3) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)のユニット型介護保健施設サービス費又は経過のユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(1)(二)及びイ(3)(一)から(三)までに該当するものであること。</p> <p>(4) 削除</p> <p>(5) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ)のユニット型介護保健施設サービス費又は経過のユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(一) (3)に該当するものであること。</p> <p>(二) 入所者等の合計数が四十以下であること。</p> <p>(6) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)のユニット型介護保健施設サービス費又は経過のユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準</p> <p>(1)(二)及びイ(1)(一)に該当するものであること。</p>	
	<p>2) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>(一) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)及び(Ⅳ)を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準 二のユニット(指定居宅サービス基準第一百五十五条の二に規定するユニットをいう。以下ロにおいて同じ。)ごとに夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が一以上であること。</p> <p>(二) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅱ)を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準 (一)及び(1)(二)bに掲げる基準に該当するものであること。</p> <p>(三) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅲ)を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準 (一)及び(1)(三)bに掲げる基準に該当するものであること。</p>	

		<p>ハ 当該介護老人保健施設における短期入所療養介護に係る施設基準について</p> <p>a 施設基準第14号イ(1)(ハ)Aの基準における居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。また、この基準において、算定日が属する月の前6月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷((ii)に掲げる数－(iii)に掲げる数)                  (i) 算定日が属する月の前6月間における居宅への退所者で、当該施設における入所期間が1月間を超えていた者の延数                  (ii) 算定日が属する月の前6月間における退所者の延数                  (iii) 算定日が属する月の前6月間における死亡した者の総数</p> <p>(b) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。</p> <p>(c) 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。</p> <p>(d) (a)の分母((ii)に掲げる数－(iii)に掲げる数)が零の場合、算定日が属する月の前6月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は零とする。</p>	
		<p>b 施設基準第14号イ(1)(ハ)Bの基準における、30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、短期入所療養介護の利用者を含まないものとする。また、平均在所日数については、直近3月間の数値を用いて、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数                  (i) 当該施設における直近3月間の延入所者数                  (ii) (当該施設における当該3月間の新規入所者の延数＋当該施設における当該3月間の新規退所者数)÷2</p> <p>(b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。</p> <p>(c) (a)において新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者(以下「新規入所者」という。)の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。</p> <p>また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。</p> <p>(d) (a)において新規退所者数とは、当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。</p> <p>ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。</p>	

			<p>c 施設基準第14号イ(1)(八)Cの基準における、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数</p> <p>(i) 算定日が属する月の前3月間における新規入所者のうち、入所期間が1月以上であると見込まれる入所者であって、入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の延数</p> <p>(ii) 算定日が属する月の前3月間における新規入所者の延数</p> <p>(b) (a)において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、(a)の(i)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等(居宅のうち自宅を除くもの。)を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。</p> <p>(c) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。</p> <p>(d) (a)において、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うこととは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、必要な情報を収集するとともに、当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、入所者の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき改善目標を定めるとともに当該目標に到達するために必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行い、それらを踏まえ退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うことである。また、指導日及び指導内容の要点については診療録等に記載すること。</p> <p>(e) (a)の分母((ii)に掲げる数)が零の場合、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合は零とする。</p>	

	<p>d 施設基準第14号イ(1)(八)Dの基準における、新規退所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数</p> <p>(i) 算定日が属する月の前3月間における新規退所者のうち、入所期間が1月以上の退所者であって、退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の延数</p> <p>(ii) 算定日が属する月の前3月間における居宅への新規退所者の延数</p> <p>(b) (a)において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、(a)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等(居宅のうち自宅を除くもの。)を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。</p> <p>(c) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。</p> <p>(d) (a)において、退所後の療養上の指導とは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、①食事、入浴、健康管理等居宅療養に関する内容、②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の内容、③家屋の改善の内容及び④退所する者の介助方法の内容について必要な情報を収集するとともに、必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行うことをいう。また、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</p> <p>なお、同一の入所者について、当該退所後の療養上の指導のための訪問と施設基準第14号イ(1)(八)Cで規定する退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定するための訪問を同日に行った場合には、d(a)の(i)に掲げる数には含めない。</p> <p>(e) (a)の分母((ii)に掲げる数)が零の場合、退所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合は零とする。</p>	
	<p>e 施設基準第14号イ(1)(八)Eの基準については、当該施設において、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を用いること。</p> <p>ただし、当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含むことができる。</p>	

	<p>f 施設基準第14号イ(1)(八)Fの基準における、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100  (i) 算定日が属する月の前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数  (ii) 理学療法士等が当該3月間に勤務すべき時間(当該3月間における1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)  (iii) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数  (iv) 算定日が属する月の前3月間の日数</p> <p>(b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。</p> <p>(c) (a)において理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。</p> <p>(d) (a)の(ii)において、当該3月間に勤務すべき時間数の算出にあつては、常勤換算方法で用いる当該者の勤務すべき時間数を用いることとし、例えば、1週間単位で勤務すべき時間数を規定している場合には、1週間に勤務すべき時間数を7で除した数に当該3月間の日数を乗じた数を用いることとする。なお、常勤換算方法と同様に、1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。</p>	
	<p>g 施設基準第14号イ(1)(八)Gの基準において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100  (i) 算定日が属する月の前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数  (ii) 支援相談員が当該3月間に勤務すべき時間(当該3月間中における1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)  (iii) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数  (iv) 算定日が属する月の前3月間の延日数</p> <p>(b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。</p> <p>(c) (a)において支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。  ① 入所者及び家族の処遇上の相談  ② レクリエーション等の計画、指導  ③ 市町村との連携  ④ ボランティアの指導</p>	



		<p>h 施設基準第14号イ(1)(八)Hの基準における、入所者のうち要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者の占める割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数                  (i) 算定日が属する月の前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者延日数                  (ii) 当該施設における直近3月間の入所者延日数</p>	
		<p>i 施設基準第14号イ(1)(八)Iの基準における、入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数                  (i) 当該施設における直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数                  (ii) 当該施設における直近3月間の延入所者数</p>	
		<p>j 施設基準第14号イ(1)(八)Jの基準における、入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数                  (i) 当該施設における直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数                  (ii) 当該施設における直近3月間の延入所者数</p>	
		<p>④ 介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)若しくは(iv)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)若しくは経過ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)を算定する介護老人保健施設における短期入所療養介護について</p> <p>イ 所定単位数の算定区分について                  当該介護老人保健施設における短期入所療養介護について、適用すべき所定単位数の算定区分については、月の末日において、それぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、当該月から、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(i)若しくは(iii)、ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(i)若しくは経過ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(i)、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(i)若しくは(ii)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費若しくは経過ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定することとなる。(ただし、翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く。)</p> <p>ロ 当該基本施設サービス費の算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。</p> <p>ハ 当該介護老人保健施設における短期入所療養介護に係る施設基準について                  a 施設基準第14号イ(2)(三)における「地域に貢献する活動」とは、③ロを準用する。</p>	

		<p>ロ 「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。</p> <p>(a) 地域との連携については、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号。以下「介護老人保健施設基準」という。)第35条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。</p> <p>(b) 当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。</p>	
		<p>② 施設基準第55号イ(3)(二)について、「自宅等」とあるのは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであること。</p> <p>また、当該基準については、当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用するものとする。</p> <p>なお、同告示中「特段の事情」とは、以下のいずれかの場合を指すこと。</p> <p>イ 半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと。</p> <p>ロ 病床数が19以下であること。</p>	
		<p>&lt;ユニット型個室等&gt;</p> <p>介護老人保健施設の介護報酬は、ユニット型準個室よりも従来型個室の方が報酬が高く設定されているがその根拠は何か。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /5</p> <p>介護老人保健施設の従来型個室については、他の介護保険施設と比較した場合の回転率を勘案し、保険給付の対象外とする居住費の額の水準を5万円から4万円としたためである。</p>	
		<p>&lt;ユニット型個室等&gt;</p> <p>ユニットでない2人部屋の場合は多床室で算定するのか。また、特別な室料は徴収可能か。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /7</p> <p>ユニットでない2人部屋は多床室で算定する。また、特別な室料は、現行と同様徴収することが可能である。</p>	

		<p>&lt;ユニット型個室等&gt;</p> <p>今後新築される介護老人保健施設の個室において、ユニット型個室・準個室の基準に適合しない場合はすべて従来型個室とみなすのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /9</p> <p>御指摘のとおりである。</p>	
		<p>&lt;ユニット型個室等&gt;</p> <p>ユニット型準個室はあくまで個室ではなく、現行の従来型の介護報酬の適用を受けると解してよいか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /10</p> <p>ユニット型準個室については、壁上部が天井から一定程度空いている、居室面積が狭い等ユニット型個室とは相違点があるものの、従来型個室の報酬類型の適用を受ける訳ではなく、ユニット型準個室の介護報酬が適用となる。</p>	
		<p>&lt;ユニット型個室等&gt;</p> <p>介護老人保健施設で、床面積以外がユニット型個室の基準を満たしているが、床面積が10.65㎡以上13.2㎡未満の場合、ユニット型準個室とするのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /11</p> <p>指定基準の経過措置の中で、平成17年10月時点において、現にユニット型の形態によりサービスを提供する施設の床面積については、「10.65㎡以上」であれば、ユニット型個室の床面積基準を満たすものとしているところであり、また、「10.65㎡以上を標準」に該当すれば、ユニット型準個室の床面積を満たすものとしているところである。</p>	
		<p>&lt;ユニット型個室等&gt;</p> <p>介護保健施設のユニット型施設介護サービス費について、人員配置について基準を定められるか。施設設備はユニット型でも、人員配置がユニットケアの人員配置になっていない場合、どのように扱うべきか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /14</p> <p>ユニット型の人員配置基準については、現行の特別養護老人ホームのユニット型個室に準じた人員配置基準を設定しているところ。また、ユニット型個室であっても、最低基準である3:1を満たしていれば、いわゆる標欠による減算の対象とはならない。</p>	

		<p>&lt;居住費関係&gt;                  多床室から従来型個室など、部屋替えした場合、当日の介護報酬はどちらで算定するのか。                  17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /1</p> <p>部屋替えした日については、以降に利用する部屋の報酬で算定する。</p>	
		<p>&lt;居住費関係&gt;</p> <p>介護老人保健施設の認知症専門棟における従来型個室の入所者から特別な室料を徴収することは可能か。                  17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /9</p> <p>認知症専門棟については、老人保健施設における利用料の取扱いについて(平成6年老健第42号)に定めるとおり、従来どおり特別な室料は徴収できない。</p>	
		<p>&lt;旧措置入所者&gt;</p> <p>旧措置入所者として保険給付率・特定入所者介護サービス費の負担限度額が減免されていた場合、同減免は継続するのか。                  18.2.17 介護制度改革information vol.60「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(案)」等の送付について /2</p> <p>継続することとなる。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設については、厚生労働大臣が定める施設基準(H12 厚告26号)及び厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(H12 厚告29号)に規定する基準を満たす必要があるが、これらの基準のいずれかを満たさなくなった場合には通常の介護老人保健施設の施設サービス費を算定することとなるか。                  また、これらの基準を再度満たすことにより介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定することは可能か。                  20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /1</p> <p>1 介護療養型老人保健施設に係る施設基準を満たさない場合には、当該施設基準を満たさなくなった月の翌月に変更の届出を行い、当該月から、通常の介護老人保健施設の施設サービス費を算定することとなる。                  2 また、施設基準を再度満たす場合には、当該施設基準を満たすこととなった月の翌月に変更の届出を行い、当該月から、介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定することとなる。                  3 なお、夜勤職員基準を満たさなくなった場合には、その事態が発生した月の翌月から夜勤職員基準減算を算定することとなり、施設サービス費については即座に変更の届出を要するものではないが、継続的に夜勤職員基準を満たさない場合については、通常の介護老人保健施設の施設サービス費を算定することへの変更の届出を行うべきである。</p>	

		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設に係る施設サービス費を算定するための「喀痰吸引」若しくは「経管栄養」を受けた入所者割合が15%以上、又は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(H5.10.26 老健135号)による「ランクM」に該当する入所者割合が20%以上であることに係る基準は、直前3月間の入所者の状態を把握していた場合、事前に変更の届出を行い、平成20年5月1日の施行とともに算定が可能か。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /2</p> <p>1 届出に係る施設サービス費については、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであることから、療養病床等を転換した介護老人保健施設が、平成20年2月から4月までの各月の末日の入所者((介護予防)短期入所療養介護の利用者を含む。)の状態を記録しており、介護療養型老人保健施設の施設基準に適合している場合にあつては、同年5月1日までの間に変更の届出が受理されることで、同月から介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定することができるものである。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定するための施設基準において、「介護療養型老人保健施設の過去12ヶ月の新規入所者のうち、医療機関からの入所者の割合と自宅等からの入所者の割合の差が35%以上であることを標準とする」旨規定されたが、この「自宅等」の具体的な居宅類型はどのようなものか。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /4</p> <p>この「自宅等」とは、入所者の自宅(借家、借間、社宅等を含む。)、有料老人ホーム及び高齢者専用賃貸住宅並びに家族等の自宅をいうものであり、グループホーム及び養護老人ホーム等の社会福祉施設は含まないものである。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定&gt;</p> <p>療養病床等から介護老人保健施設に転換する場合、施設及び設備に関する基準に係る経過措置については、当該施設を増築又は改築した際にも適用される旨事務連絡が発出されているが、この趣旨は介護療養型老人保健施設の施設サービス費の算定についても同様か。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /6</p> <p>1 介護療養型老人保健施設については、増築又は改築した部分は認められず、原則として、転換を行った部分のみが介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定できるものである。</p> <p>2 ただし、同一法人内の医療機関の病床を併せて一体として介護療養型老人保健施設に転換する場合については、認められることとする。</p>	

		<p>&lt;在宅強化型の介護老人保健施設&gt;</p> <p>在宅強化型の介護老人保健施設の要件における「算定日が属する月の前6月間」及び「算定日が属する月の前3月間」とはどの範囲なのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /199</p> <p>在宅強化型の介護老人保健施設においては、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前6月間」又は「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のことをいう。</p> <p>ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。</p> <p>なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。</p> <p>(参考)平成24年6月から算定を開始する場合 ・算定日が属する月の前6月間…平成23年12月から平成24年5月まで 注:算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成23年11月から平成24年4月まで ・算定日が属する月の前3月間…平成24年3月から5月まで 注:算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成24年2月から4月まで</p>	
		<p>&lt;在宅強化型の介護老人保健施設&gt;</p> <p>平均在所日数の計算方法における「入所者延日数」とはどのように計算するのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /201</p> <p>入所者延日数とは、直近3月間の日々の入所者数(毎日24時時点で当該施設に入所中の者(当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。))を合算したものである。</p>	
		<p>&lt;在宅強化型の介護老人保健施設&gt;</p> <p>「在宅において介護を受けることとなったものの占める割合」、「30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数」、「要介護4及び要介護5の者の占める割合」などの算出において、短期入所療養介護の利用者についても、入所者に含むのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /202</p> <p>短期入所療養介護の利用者は含まない。</p>	

		<p>&lt;在宅強化型の介護老人保健施設&gt;</p> <p>「在宅において介護を受けることになったもの」とは、退所してそのままショートステイを利用する場合も含むのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /204</p> <p>「在宅において介護を受けることとなったものの占める割合」の要件は、入所者が在宅において介護を受けることを評価したものであることから、居宅サービスを利用することは問題ないが、退所後、直接短期入所生活介護又は短期入所療養介護等のショートステイを利用する場合など、実際には在宅で介護を受けないことが見込まれる場合は含まれない。</p>	
		<p>&lt;在宅強化型の介護老人保健施設&gt;</p> <p>従来型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定していたが、要件を満たしたため在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /206</p> <p>入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である。 なお、短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費について&gt;</p> <p>200床の病院が、転換して250床の介護老人保健施設を開設する場合は、250床全てについて介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費を算定できるのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /216</p> <p>転換した病床部分は、介護療養型老人保健施設の要件を満たせば最大200床までは算定できるが、250床全てについては算定できない。 なお、2病棟(概ね120床)を超えない医療機関が有床診療所を併設した上で転換する場合にあっては、下記の例1のように転換前の医療機関の病床数を上限とした入所定員の介護療養型老人保健施設とすることができる。 (例1) 転換前の医療機関の病床数が100床であって、併設する有床診療所の病床数を10床とする場合は、介護療養型老人保健施設としては、100床まで算定できる。(図省略) (例2) 転換前の医療機関の病床数が300床であって、併設する有床診療所の病床数を10床とする場合は、介護療養型老人保健施設としては、290床まで算定できる。(図省略) 【編集注】図は「24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について」p93に掲載されています。当該資料は「関連資料」の「介護サービス関係Q&amp;A」掲載事務連絡等からご覧いただけます。</p>	

		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費について&gt;</p> <p>療養病床等から介護療養型老人保健施設への基準省令附則第13条に基づく転換後に、開設者の死亡により開設者が変わった場合であっても、引き続き介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費を算定することができるのか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /217</p> <p>介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費は、療養病床等の開設者が基準省令附則第13条に基づく転換を行った場合算定できる。 ただし、転換後に開設者の死亡等により開設者が変更した場合については、実態として開設者の変更のみが行われるため、引き続き介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費を算定できる。</p>	
		<p>&lt;住宅強化型の介護老人保健施設&gt;</p> <p>平均在所日数などの算出における「延べ入所者数」については、外泊中の入所者は含まれるのか。 24.3.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.273「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(平成24年3月30日)」の送付について /35</p> <p>含まれる。</p>	
		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>平成30年度介護報酬改定において見直された介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する介護老人保健施設における在宅復帰在宅療養支援等評価指標等の要件については、都道府県への届出を毎月行う必要があるのか。また、算定要件を満たさなくなった場合は、基本施設サービス費及び加算の算定はどのように取り扱うのか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /101</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅復帰在宅療養支援等評価指標として算出される数が報酬上の評価における区分変更を必要としない範囲での変化等、軽微な変更であれば毎月の届出は不要である。</li> <li>・例えば、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が24から36に変化した場合には、区分の変更が生じない範囲での変化となる。一方で、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)を算定している施設について、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が42から38に変化した場合には、区分の変更が生じる範囲での変化となる。</li> <li>・ただし、要件を満たさなくなった場合、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する。なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要である。</li> <li>・また、在宅強化型から基本型の介護保健施設サービス費を算定することとなった場合に、当該施設の取組状況において、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)の算定要件を満たせば、当該変更月より在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)を算定できる。</li> <li>・なお、算定要件を満たさなくなった場合の取扱いについては、平成30年度介護報酬改定前の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(i)又は(iii)(改定前の従来型)については、改定後の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(i)又は(iii)(改定後の基本型)と、改定前の在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、改定後の在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)と、改定前の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ii)又は(iv)(改定前の在宅強化型)については、改定後の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ii)又は(iv)(改定後の在宅強化型)とみなして取り扱うこととする。</li> </ul>	



		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>基本型の基本施設サービス費を算定していたが、要件を満たしたため在宅強化型の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /102</p> <p>・入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である。なお、短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる。</p> <p>※ 平成24年Q&amp;A(平成24年3月16日)問206の修正。</p>	
		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の要件における「算定日が属する月の前6月間」及び「算定日が属する月の前3月間」とはどの範囲なのか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /103</p> <p>・介護保健施設サービス費(Ⅰ)においては、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前6月間」又は「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のことをいう。</p> <p>・ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。</p> <p>・なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。</p> <p>(参考)平成30年6月から算定を開始する場合</p> <p>・算定日が属する月の前6月間…平成29年12月から平成30年5月まで(算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成29年11月から平成30年4月まで)</p> <p>・算定日が属する月の前3月間…平成30年3月から5月まで</p> <p>※ 平成24年Q&amp;A(平成24年3月16日)問199の修正。</p>	
		<p>&lt;介護老人保健施設からの在宅復帰の取扱いについて&gt;</p> <p>「居宅において介護を受けることになったもの」の取扱いとして、介護老人保健施設の退所後に居宅サービスを利用することは問題ないとするが、退所した当日からショートステイや(看護)小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを連日利用する場合は、「居宅において介護を受けることになったもの」に含まれないという理解でよいか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /105</p> <p>貴見のとおりである。</p>	

		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>平成29年5月1日以降に開設された介護老人保健施設であって、現に在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため努力をしている施設及び平成30年4月1日以降に開設される介護老人保健施設について、介護保健施設サービス費(Ⅰ)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件における実績は、どのように取り扱うのか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /104</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援等指標を丁寧に把握するためには、算定要件における実績を算出するための期間を十分に設け判定することが重要である。</li> <li>・そのため、平成29年4月1日以降に開設された介護老人保健施設及び平成30年4月1日以降に開設される介護老人保健施設のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行う施設については、開設日が属する月から1年間に限り、基本型の基本施設サービス費を算定可能とする。また、当該1年間を超えて、引き続き基本型の基本施設サービス費を算定する場合にあっては、改めて体制を届け出る必要がある。</li> <li>・例えば、平成29年6月中に開設した介護老人保健施設であって、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行っている施設については、基本型の基本施設サービス費の算定要件の適否を問わず、平成30年5月末まで基本型の基本施設サービス費を算定することが可能。</li> <li>・ただし、開設後1年間に満たない場合において、算定要件における実績を算出するための期間を満たした上で、在宅強化型の基本施設サービス費又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件を満たす場合については、届け出の規定に従い、適切な基本施設サービス費等の届出を行うことができる。</li> </ul>	
		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅱ)及び(Ⅲ)について&gt;</p> <p>算定日が属する前3月間における「喀痰吸引」又は「経管栄養」を受けた入所者の割合(以下、「処置実施割合」という。)が、15%以上であることに係る基準を満たすことで介護療養型老人保健施設の療養型の基本施設サービス費を算定する施設について、当該基準を満たさなくなったが、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準による「ランクM」に該当する入所者割合(以下、「重度者割合」という。)が20%以上であることに係る基準を満たす場合には、引き続き介護療養型老人保健施設の療養型の基本施設サービス費を算定できるのか。また、当該割合については、月の末日における当該者の割合による方法(以下「末日方式」という。)又は算定日が属する月の前3月間において、当該基準を満たす入所者の入所延べ日数が全ての入所者等の入所延べ日数に占める割合による方法(以下「延べ日数方式」という。)のいずれの方式で用いることとして差し支えないか。その場合、例えば、処置実施割合については末日方式、処置実施割合については延べ日数方式による算出としてもよいか。また、末日方式と延べ日数方式のどちらを用いるか月ごとに決めることとして良いか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /108</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定できる。</li> <li>・処置実施割合及び重度者割合の算出にあたっては、末日方式又は延べ日数方式のいずれでも差し支えない。ただし、末日方式の場合、月の途中で、喀痰吸引や経管栄養が不要となった入所者について、月末時点で該当しない場合は、「実施された者」には含まれない。</li> <li>・また、処置実施割合と重度者割合は必ずしも同一の方法で算出される必要はなく、月ごとに用いる方式を決めても差し支えない。いずれの場合も算定の根拠となる記録を整備しておくこと。</li> </ul>	

			<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>「喀痰吸引が実施された者」について、介護医療院では、「過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)を経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」されているが、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標で求められる「喀痰吸引が実施された者」についても同様に考えてよいか。</p> <p>また、「経管栄養が実施された者」についても、介護医療院では、「過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に経管栄養が実施されていた者)であつて、経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者(令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者)については、経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」とされており、これも同様に考えてよいか。</p> <p>3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について / 44</p> <p>・いずれも貴見のとおり。</p> <p>・したがって、例えば、「喀痰吸引が実施された者」の割合については、現に喀痰吸引を実施している者及び過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されているもの又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしているもの(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)の直近3か月間の延入所者数(入所延べ日数)を当該施設の直近3か月間の延入所者数(入所延べ日数)で除した割合となる。</p> <p>※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(平成30年3月28日)問2の修正。</p>	

【減算】 人員基準欠如減算			
			<p>ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。なお、入所者の数又は医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>
			<p>人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について</p> <p>① 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び介護医療院サービスについては、当該事業所又は施設の看護師等の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っているいわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。</p>
			<p>② 人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。)の平均を用いる(ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。)。この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。</p>
			<p>③ 看護・介護職員の人員基準欠如については、</p> <p>イ 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、</p> <p>ロ 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)</p>

		<p>④ 看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)</p>	
		<p>⑤ 看護・介護職員については、最も低い所定単位数を算定するために必要な員数を満たさない場合にはじめて人員基準欠如となるものであり、最も低い所定単位数を基にして減算を行うものであること(したがって、例えば看護6:1、介護4:1の職員配置に応じた所定単位数を算定していた指定介護療養型医療施設において、看護6:1、介護4:1を満たさなくなったが看護6:1、介護5:1は満たすという状態になった場合は、看護6:1、介護4:1の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数ではなく、看護6:1、介護5:1の所定単位数を算定するものであり、看護6:1、介護6:1を下回ってはじめて人員基準欠如となるものであること)。なお、届け出していた看護・介護職員の職員配置を満たせなくなった場合には、事業者又は施設は該当することとなった職員配置を速やかに都道府県知事に届け出なければならないこと。また、より低い所定単位数の適用については、③の例によるものとする。</p> <p>ただし、ユニット型短期入所療養介護事業所又はユニット型指定介護療養型医療施設については、看護6:1、介護4:1を下回る職員配置は認められていないため、看護6:1、介護5:1、看護6:1、介護6:1の職員配置に応じた所定単位数を定めておらず、職員配置が看護6:1、介護4:1を満たさない場合は人員基準欠如となるものであり、看護6:1、介護4:1の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定する。</p>	
		<p>⑥ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。</p>	
		<p>ユニットケアに関する減算に係る施設基準</p> <p>イ 日中については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>ロ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。</p>	
		<p>&lt;人員基準を満たさない場合の取扱い&gt;</p> <p>特別養護老人ホームにおいて、看護職員と介護職員の総数は必要数を満たしているが、定められた看護職員の数は必要数を満たしていない場合の減算方法について</p> <p>15.5.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.151 介護報酬に係るQ&amp;A /1</p> <p>特別養護老人ホームの人員については、介護職員・看護職員の総員数および看護職員の員数について基準はあるが、それぞれの基準を満たさない場合は、「看護・介護職員の人員基準欠如」として、その算定方法により減算する。常勤換算方法による職員数については、1月間(暦月)ごとに算定するため、人員基準欠如減算についても1月間(暦月)ごとに算定する。</p>	

【減算】夜勤職員の勤務条件を満たさない場合			
			<p>ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。なお、入所者の数又は医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>
			<p>① 短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び介護医療院サービスについては、夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の所定単位数の減算に係る規定(厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年厚生省告示第29号。以下「夜勤職員基準」という。))を置いているところであるが、これらの規定は、夜間の安全の確保及び利用者等のニーズに対応し、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、夜勤を行う看護職員又は介護職員の員数不足の未然防止を図るよう努めるものとする。</p>
			<p>②夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、ある月(暦月)において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数が減算されることとする。</p> <p>イ 夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする。)において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合</p> <p>ロ 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合</p>
			<p>③ 夜勤を行う職員の員数の算定における利用者等の数については、(5)②を準用すること。この場合において「小数点第2位以下」とあるのは「小数点以下」と読み替えるものとする。</p>
			<p>夜勤職員基準に定められる夜勤を行う職員の員数は、夜勤時間帯を通じて配置されるべき職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとする。</p>

		<p>④ 夜勤職員基準に定められる夜勤を行う職員の員数は、夜勤時間帯を通じて配置されるべき職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとする。</p> <p>また、夜勤職員基準に定められる員数に小数が生じる場合においては、整数部分の員数の職員の配置に加えて、夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16で除して得た数が、小数部分の数以上となるように職員を配置することとする。</p> <p>なお、この場合において、整数部分の員数の職員に加えて別の職員を配置する時間帯は、夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間帯である必要はない。当該夜勤時間帯において最も配置が必要である時間に充てるよう努めることとする。</p>	
		<p>⑤都道府県知事は、夜勤を行う職員の不足状態が続く場合には、夜勤を行う職員の確保を指導し、当該指導に従わない場合は、指定の取消しを検討すること。</p>	
		<p>&lt;夜勤職員&gt;</p> <p>ユニット型施設には、2ユニットで1人以上の夜勤職員の配置が義務付けられているが、当該施設が従来型とユニット型の併設施設(以下「併設施設」という。)であったり、そのユニット数が奇数であったりした場合、どのように配置すればよいか。</p> <p>31.3.29 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(平成31年3月29日)」の送付について /1</p> <p>1 個別ケアを推進する観点からユニット型施設における夜勤体制について特別の規定を設けたことを考えると、併設施設については、ユニット型の部分と従来型の部分を分け、両方の要件を満たす夜勤職員を配置することが必要である取扱いとしている。(いずれかを満たさない場合、全ての利用者について夜勤減算となる。平成12年老企第40号通知第二の5の(5)等を参照のこと。)</p> <p>2 従来型施設の一部分を準ユニットケア加算を算定できる小グループ(準ユニット)に分けた場合、当該準ユニットはユニットと同一視できることから、夜勤体制についても、1ユニット+1準ユニットで1名という体制にすることは可能である。そのため、ユニット数が奇数の場合には、従来型施設の1部分を準ユニットに改修するなどの工夫が考えられる。</p> <p>3 なお、1名の夜勤者が別の階のユニットを担当することは原則として避けるべきであるが、改修等によりやむを得ず同一階に奇数ユニットを設けた場合には、隣接する階段等を通じて昇降が容易にできる構造になっているときには、1名の夜勤者が隣接階にある2ユニットを担当することとしても差し支えないこととする。</p> <p>4 「個室的多床室」、「準ユニットケア加算」や「サテライト型居住施設」等、施設の工夫により柔軟な形でユニットケアを行うことが可能となるような仕組みを設けているところであり、可能な限り、こうした仕組みを活用することが望まれる。</p> <p>5 ただし、併設施設の夜勤体制については、介護老人福祉施設における医療ニーズへの柔軟な対応を促す観点から、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年12月10日厚告29)に基づく夜勤体制の最低基準を満たした上で、加配分の看護職員に限り、従来型の部分とユニット型の部分の兼務を認める取扱いとする(介護職員については従前の通りとする)。</p> <p>※ 短期入所生活介護事業所についても同様の取扱いとする。</p>	

		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設について、介護老人保健施設の夜勤職員基準(看護又は介護職員配置2人以上)を満たす場合であっても、介護療養型老人保健施設の夜勤看護職員基準(看護職員配置41:1以上)を満たしていない場合には、減算されるか。 20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /5</p> <p>減算される。</p>					
<p><b>【減算】 定員超過利用減算</b></p>							
		<p>十三 厚生労働大臣が定める入所者の数の基準及び医師等の員数の基準並びに介護保健施設サービス費の算定方法</p> <p>イ 介護老人保健施設の月平均の入所者の数が次の表の上欄に掲げる基準に該当する場合における介護保健施設サービス費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。</p> <table border="1" data-bbox="331 824 1417 1055"> <thead> <tr> <th data-bbox="331 824 884 898">厚生労働大臣が定める入所者の数の基準</th> <th data-bbox="884 824 1417 898">厚生労働大臣が定める介護保健施設サービス費の算定方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="331 898 884 1055">                     施行規則第三百三十六条第一項の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている入所定員を超えること。                 </td> <td data-bbox="884 898 1417 1055">                     指定施設サービス等介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。                 </td> </tr> </tbody> </table>	厚生労働大臣が定める入所者の数の基準	厚生労働大臣が定める介護保健施設サービス費の算定方法	施行規則第三百三十六条第一項の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている入所定員を超えること。	指定施設サービス等介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。	
厚生労働大臣が定める入所者の数の基準	厚生労働大臣が定める介護保健施設サービス費の算定方法						
施行規則第三百三十六条第一項の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている入所定員を超えること。	指定施設サービス等介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。						
		<p>定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について</p> <p>① 短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び介護医療院サービスについては、当該事業所又は施設の利用者等の定員を上回る利用者等を入所等させているいわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。</p>					
		<p>② この場合の利用者等の数は、1月間(暦月)の利用者等の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者等の延数を当該月の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。</p>					
		<p>③ 利用者等の数が、通所介護費等の算定方法に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった事業所又は施設については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。</p>					



			<p>④ 都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。))又は同法第252条の22第1項の中核市(以下「中核市」という。))においては、指定都市又は中核市の市長。3の(6)ニc及びd、7の(8)④及び⑤を除き、以下同じ。)は、定員超過利用が行われている事業所又は施設に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。</p>	
			<p>⑤ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月(災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。)の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。</p>	
<p><b>【減算】身体拘束廃止未実施減算</b></p>				
			<p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。</p>	
			<p>身体拘束廃止未実施減算について</p> <p>身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生労働省令第37号)第183条第5項の記録(同条第4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録)を行っていない場合及び同条第6項に規定する措置を講じていない場合に、入居者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。</p>	
			<p>&lt;身体拘束廃止未実施減算&gt;</p> <p>新たに基準に追加された体制をとるためには準備が必要であると考えられるが、何時の時点から減算を適用するか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /87</p> <p>施行以後、最初の身体拘束廃止に係る委員会を開催するまでの3ヶ月の間に指針等を整備する必要があるため、それ以降の減算になる。</p>	

		<p>&lt;身体拘束廃止未実施減算&gt;</p> <p>身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」とこととされているが、施設から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について / 88</p> <p>改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。</p>	
【減算】安全管理体制未実施減算			
		<p>注4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、安全管理体制未実施減算として、1日につき5単位を所定単位数から減算する。</p>	
		<p>(8) 安全管理体制未実施減算について</p> <p>安全管理体制未実施減算については、介護老人保健施設基準第36条第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。</p> <p>なお、同項第4号に掲げる安全対策を適切に実施するための担当者は、令和3年改正省令の施行の日から起算して6月を経過するまでの間、経過措置として、当該担当者を設置するよう努めることとしているため、当該期間中、当該減算は適用しない。</p>	
		<p>(事故発生の防止及び発生時の対応)</p> <p>第三十六条 介護老人保健施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。</p> <p>一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。</p> <p>二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。</p> <p>三 事故発生の防止のための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。</p> <p>四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	

【減算】栄養管理の基準を満たさない場合			
			注5 栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、1日につき14単位を所定単位数から減算する。
			介護老人保健施設基準第二条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び介護老人保健施設基準第十七条の二(介護老人保健施設基準第五十条において準用する場合を含む。)に規定する基準のいずれにも適合していること。
			<p>16 栄養管理</p> <p>基準省令第17条の2は、介護老人保健施設の入所者に対する栄養管理について、令和3年度より栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。</p> <p>栄養管理について、以下の手順により行うこととする。</p> <p>イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>ロ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。</p> <p>ハ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。</p> <p>ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)第4において示しているので、参考とされたい。</p> <p>なお、当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令(令和3年厚生労働省令第9号。以下「令和3年改正省令」という。)附則第8条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。</p>
			<p>(9) 栄養管理に係る減算について</p> <p>栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護老人保健施設基準第2条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護老人保健施設基準第17条の2(介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。)に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)</p>

【加算】夜勤職員配置加算			
			注6 別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設については、夜勤職員配置加算として、1日につき24単位を所定単位数に加算する。
			<p>(3) 夜勤職員配置加算を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が次の基準に適合していること。</p> <p>(一) 利用者等の数が四十一以上の介護老人保健施設にあつては、利用者等の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であり、かつ、二を超えていること。</p> <p>(二) 利用者等の数が四十以下の介護老人保健施設にあつては、利用者等の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であり、かつ、一を超えていること。</p>
			<p>(10) 夜勤職員配置加算について</p> <p>① 3の(2)を準用する。</p> <p>② 認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の場合にあつては、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。</p>
			<p>(2) 夜勤職員配置加算について</p> <p>夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。)における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。</p>
			<p>&lt;夜勤職員配置加算(施設サービス・短期入所サービス)&gt;</p> <p>(夜勤職員配置加算)ユニットや専門棟がある場合の取扱いはどうすべきか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 19</p> <p>施設全体に対しての加算であるが、一部ユニット型については、ユニット部分及び多床部分それぞれで要件を満たす必要があること。なお、この場合にあつては、要件を満たしている部分に対して加算を算定するものであること。専門棟についても同様である。</p>

		<p>&lt;夜勤職員配置加算&gt;</p> <p>夜勤職員配置加算の算定は日ごとで考えるのか、それとも1月ごとの平均で考えるのか。1月ごととした場合は、介護療養型医療施設と同様に、該当した月の翌月からの算定でよいのか。</p> <p>21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 95</p> <p>1月ごとの平均とし、算定の方法は介護療養型医療施設と同様に、要件を満たし、届出が受理された月の翌月からの算定でよい。</p>	
		<p>&lt;夜勤体制&gt;</p> <p>夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行う者の頭数で要件に該当するか否かを判断するのではなく、夜勤帯に職員が勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割るという方法で算出するのか。</p> <p>21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 99</p> <p>そのとおり。</p>	
<p><b>【加算】 短期集中リハビリテーション実施加算</b></p>			
		<p>注7 入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合は、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき240単位を所定単位数に加算する。</p>	
		<p>注19 イ(4)又はロ(4)を算定している介護老人保健施設については、注7、注8及び注18並びにニからへまで、チからヌまで、ワ、ヨ及びツからチまでは算定しない。</p>	
		<p>(11) 短期集中リハビリテーション実施加算について</p> <p>① 短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なリハビリテーションとは、20分以上の個別リハビリテーションを、1週につきおおむね3日以上実施する場合をいう。</p> <p>② 当該加算は、当該入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。</p> <p>③ 入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、当該加算を算定することができる。</p> <p>④ 入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者は、当該加算を算定できる。</p> <p>ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者</p> <p>イ 上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(一肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者</p>	

		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>短期集中リハビリテーション実施加算について、リハビリテーションマネジメントが行われていれば、連日の算定となるのか。または理学療法士、作業療法士等が個別的なリハを実施した日に限り算定となるのか。その際、1人に付き何分以上という時間的な条件があるのか。</p> <p>18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 85</p> <p>介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算については、個別リハビリテーションを実施した日に限り算定できる。したがってリハビリテーションマネジメントの結果、1対1のリハビリテーションが連日にわたり必要と判断され、実施された場合は、連日の算定が可能である。なお介護老人保健施設における1対1のリハビリテーションは1単位20分以上である。</p>	
		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。</p> <p>18.4.21 介護制度改革information vol.96 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.3) / 9</p> <p>短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調悪化等)、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの(一時的な意欲減退に伴う回数調整等)であれば算定要件に適合するかたちでリハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。</p>	
		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、退院(所)日又は認定日から直近のリハビリテーションを評価する報酬区分を算定した上で、継続的に各報酬区分を算定しなければ、算定は認められないか。例えば、次のような報酬算定は認められないか。</p> <p>(例) 退院(所)日又は認定日から起算して1か月以内…算定せず          (同上) 1か月超3か月以内…算定</p> <p>18.4.21 介護制度改革information vol.96 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.3) / 10</p> <p>退院・退所直後の改善可能性の高い期間において、集中的なリハビリテーションを利用することが利用者にとって望ましいものと考えますが、継続的な算定が行われていなくても、各報酬区分の算定要件に適合すれば算定することができる。</p>	

		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件として、「通院(所)日又は認定日から起算して一月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり40分以上、退院(所)日又は認定日から起算して1月を超え三月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上一回当たり20分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること」とあるが、連続して40分以上の個別リハビリテーションを実施する必要があるのか。また具体的な方法如何。</p> <p>18.4.21 介護制度改革information vol.96 平成18年4月改定関係Q&amp;A(vol.3) /11</p> <p>当該加算の算定要件としての個別リハビリテーションの実施については、必ずしも連続した20分又は40分以上の実施が必要ではない。また、個別リハビリテーションの実施が、複数職種によって、合計20分又は40分以上実施することであっても差し支えない。</p>	
		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算・認知小短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>「短期集中リハビリテーション実施加算」と「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」は同日に重複して加算することは可能か。</p> <p>18.4.21 介護制度改革information vol.96 平成18年4月改定関係Q&amp;A(vol.3) /13</p> <p>別単位として、それぞれのリハビリテーションが行われているものであれば算定できる。</p>	
		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>老健施設の短期入所療養介護を利用していた者が連続して当該老健施設に入所した場合について、短期集中リハビリテーション実施加算の起算日はいつか。</p> <p>18.5.2 介護制度改革information vol.102 平成18年4月改定関係Q&amp;A(VOL4) /4</p> <p>短期入所の後、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等に変更が無く、施設入所に移行した場合にあっては、当該加算の起算日は直前の短期入所療養介護の入所日からとなる。(初期加算の算定に準じて取り扱われたい。)</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(初期加算・短期集中リハビリテーション実施加算)&gt;</p> <p>療養病床等から介護療養型老人保健施設に転換する場合、初期加算、短期集中リハビリテーション実施加算等を算定する場合の起算日はどの時点となるか。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /7</p> <p>転換前の入院日が起算日となる。なお、初期入所診療管理等の特別療養費についても、転換前の介護療養型医療施設において当該算定項目に相当する特定診療費が存在することから、同様に転換前の入院日が起算日となる。</p>	

		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>「過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる」こととされたが、過去3月間に別の介護老人保健施設に入所していても、短期集中リハビリテーション実施加算を算定しなかった場合は算定できるのか。</p> <p>24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /211</p> <p>短期集中リハビリテーション実施加算の算定の有無にかかわらず、過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがある場合には算定できない。</p>	
		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>肺炎により4週間に満たない期間入院して再度入所した場合において、短期集中リハビリテーション実施加算の算定に係る起算日は、再度入所した日となるのか。</p> <p>24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /212</p> <p>入院前の入所日が起算日である。</p>	
		<p>&lt;個別リハビリテーションについて&gt;</p> <p>「入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーション」とは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーション20分程度を週3回以上行うことでよいか。また、当該個別リハビリテーションを実施するにあたり、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件に当てはまる場合については、これらの加算を算定してよいか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /106</p> <p>いずれについても貴見のとおりである。</p>	



【加算】認知症短期集中リハビリテーション実施加算			
			<p>注8 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する介護老人保健施設において、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度として1日につき240単位を所定単位数に加算する。</p>
			<p>五十八 介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算に係る施設基準                      イ リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。                      ロ リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p>
			<p>注19 イ(4)又はロ(4)を算定している介護老人保健施設については、注7、注8及び注18並びにニからへまで、チからヌまで、ワ、ヨ及びツからニまでは算定しない。</p>
			<p>(12) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について                      ① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施することを標準とする。                      ② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。                      ③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。                      ④ 当該リハビリテーションにあつては、1人の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。                      ⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。                      ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE(Mini Mental State Examination)又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)においておおむね5点～25点に相当する者とする。                      ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者ごとに保管されること。                      ⑧ 注7の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。                      ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該入所者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。</p>

		<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算・認知小短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>「短期集中リハビリテーション実施加算」と「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」は同日に重複して加算することは可能か。</p> <p>18.4.21 介護制度改革information vol.96 平成18年4月改定関係Q&amp;A(vol.3) /13</p> <p>別単位として、それぞれのリハビリテーションが行われているものであれば算定できる。</p>	
		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修とは具体的に何か。</p> <p>21.3.23 平成21年4月改定関係Q&amp;A(Vol.1) /108</p> <p>認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国老人デイ・ケア連絡協議会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。</p> <p>※ 各リハビリテーション関係サービスの加算に係る実施時間、内容等については別紙1のとおり整理したところであるので、ご参照されたい。(別紙1は省略)</p>	
		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・例1：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。</li> <li>・例2：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーション事業所の利用を開始した場合のB通所リハビリテーション事業所における算定の可否。</li> </ul> <p>21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) /103</p> <p>例1の場合は算定できない。 例2の場合は算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問104(次問)を参照されたい。</p>	

		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) /104</p> <p>同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。</p>	
		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>3月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事業所の利用を開始した場合、実施は可能か。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) /105</p> <p>同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所(院)した日から起算して3月、通所リハビリテーションにおいては前回退院(所)日又は前回利用開始日から起算して3月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。</p>	
		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>一般の短期集中リハビリテーション実施加算は認定日が起算日となっているが、本加算制度の起算日を退院(所)日又は利用開始日とした理由如何。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) /106</p> <p>認知症、特にアルツハイマー病等の変性疾患においては発症時期が明確ではないことが多く、今回改定において軽度の認知症だけではなく、中等度から重度の認知症も対象に含めたため、起算日を認定日ではなく、利用開始日とした。</p>	
		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>通所開始日が平成21年4月1日以前の場合の算定対象日如何。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) /107</p> <p>平成21年4月1日以前の通所を開始した日を起算日とした3ヶ月間のうち、当該4月1日以降に実施した認知症短期集中リハビリテーションが加算対象となる。 例:3月15日から通所を開始した場合、4月1日から6月14日までの間に、本加算制度の要件を満たすリハビリテーションを行った場合に加算対象となる。</p>	

		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を終了した医師」の研修とは具体的に何か。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 108</p> <p>認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。 例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国老人デイ・ケア連絡協議会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。※ 各リハビリテーション関係サービスの加算に係る実施時間、内容等については別紙1のとおり整理したところなので、ご参照されたい。 ※ 別紙は省略。</p>	
		<p>&lt;認知症短期集中リハビリテーション実施加算&gt;</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。 21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.2) / 42</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに3月以内に限り算定できる。</p>	
		<p>&lt;個別リハビリテーションについて&gt;</p> <p>「入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーション」とは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーション20分程度を週3回以上行うことでよいか。また、当該個別リハビリテーションを実施するにあたり、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件に当てはまる場合については、これらの加算を算定してよいか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ &amp; A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について / 106</p> <p>いずれについても貴見のとおりである。</p>	

【加算】 認知症ケア加算			
			<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、1日につき76単位を所定単位数に加算する。</p>
			<p>五十九 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対する介護保健施設サービスに係る加算の施設基準</p> <p>第十七号の規定を準用する。</p>
			<p>十七 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者に対する指定短期入所療養介護に係る加算の施設基準</p> <p>イ 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者と他の利用者とは区別していること。</p> <p>ロ 他の利用者とは区別して日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者に対する指定短期入所療養介護を行うのに適当な次に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していること。</p> <p>(1) 専ら日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないもの。</p> <p>(2) (1)の施設の入所定員は、四十人を標準とすること。</p> <p>(3) (1)の施設に入所定員の二割以上の数の個室を設けていること。</p> <p>(4) (1)の施設に療養室以外の生活の場として入所定員一人当たりの面積が二平方メートル以上のデイルームを設けていること。</p> <p>(5) (1)の施設に日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、三十平方メートル以上の面積を有するものを設けていること。</p> <p>ハ 指定短期入所療養介護の単位ごとの利用者の数について、十人を標準とすること。</p> <p>ニ 指定短期入所療養介護の単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>ホ ユニット型指定短期入所療養介護事業所(指定居宅サービス等基準第百五十五条の四第一項に規定するユニット型指定短期入所療養介護事業所であって、ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定しているものをいう。)でないこと。</p>

		<p>(13) 認知症ケア加算について</p> <p>① 注9において「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とあるのは日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいうものであること。</p> <p>② 認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。これは、従業者が一人一人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」が求められる。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、次の配置を行うことを標準とする。</p> <p>イ 日中については利用者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>ロ 夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。</p> <p>③ ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。</p>	
		<p>&lt;認知症専門棟加算&gt;</p> <p>認知症専門棟については「入所定員は、40人を標準とすること。」とされているが入所定員の上限、下限はあるのか。 15.5.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.151 介護報酬に係るQ&amp;A /5</p> <p>認知症専門棟は、</p> <p>①一般の入所者を処遇する施設に対して、独立した別棟の建物あるいは建物を階数等により区分され、専ら特に問題行動の著しい認知症性老人を入所させるための施設として、対象者である特に問題行動の著しい認知症性老人の処遇に必要な施設及び設備を設置すべきこととされ、</p> <p>②認知症性老人の看護・介護に精通した職員が一貫して対応するため、一つの看護・介護単位として職員配置がなされるべきであることから、入所者の標準を40床としているものであり、この趣旨を踏まえ、適切な定員数とすることが必要である。</p>	
		<p>&lt;認知症専門棟加算&gt;</p> <p>認知症専門等加算に必要なデイルーム(療養室以外の生活の場として設けるものとし、対象者1人あたり2㎡以上とする)は、老人保健施設の談話室、食堂、リクリエーションルームのいずれかと兼用できるか。 15.5.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.151 介護報酬に係るQ&amp;A /6</p> <p>認知症専門棟については、寝たきりの状態にない認知症性老人である入所者を他の入所者と区別して処遇するものであり、認知症専門棟に必要なデイルームを談話室、食堂、リクリエーションルームと兼用することは、認知症専門棟の趣旨を踏まえ、デイルームでの入所者に対する施設サービスの提供に支障をきたすと考えられることから適切でない。</p>	

		<p>&lt;認知症ケア加算&gt;</p> <p>入所者10人程度のサービスの中身は、食事・排泄・入浴等のケアやアクティビティケアの実施をその単位ごとに実施することとなるのか。</p> <p>18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 82</p> <p>認知症専門棟の従業者の勤務体制については、継続性を重視したサービス提供に配慮するため、従業者が1人1人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」を作ることが重要であることから10人単位の勤務体制を標準としたところ。施設における介護サービスは、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するようその者の心身の状況等を踏まえてその者の療養を適切に行うこととされており、画一的なサービスとならないよう配慮されたい。</p>	
		<p>&lt;認知症ケア加算&gt;</p> <p>サービスを行う単位ごとの入所者数が10人を標準とするとされているが、10人を超えて何人まで認められるか。また、居室を単位ごとに区分する必要はあるか。</p> <p>18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 83</p> <p>各施設の設備構造や介護の状況等により各県で判断して差し支えない。</p>	
		<p>&lt;認知症ケア加算&gt;</p> <p>50人の認知症専門棟がある介護老人保健施設における認知症ケア加算を算定するための夜勤職員の配置は何人必要か。</p> <p>18.5.2 介護制度改革information vol.102 平成18年4月改定関係Q &amp; A(VOL4) / 5</p> <p>夜勤職員の配置については、認知症専門棟加算について「20人に1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」が必要であり、質問の場合には、3人の夜勤職員の配置が必要となる。</p> <p>(例) 一般棟+認知症専門棟50人の老健施設の夜勤職員の配置</p> <p>○一般棟部分に2人 (ただし、短期入所療養介護の利用者数と介護老人保健施設の入所者数の合計数が40以下であって、常時、緊急時の連絡体制を整備している場合は1人以上)</p> <p>○認知症専門棟部分に3人</p>	

【加算】若年性認知症入居者受入加算				
			注10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、若年性認知症入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、若年性認知症入所者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算する。ただし、レを算定している場合は、算定しない。	
			受け入れた若年性認知症利用者(介護保険法施行令第二条第六号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。)ごとに個別の担当者を定めていること。	
			受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。	
			<p>&lt;若年性認知症利用者受入加算&gt;</p> <p>一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 101</p> <p>65歳の誕生日の前々日までは対象である。</p>	
			<p>&lt;若年性認知症利用者受入加算&gt;</p> <p>担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 102</p> <p>若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。</p>	



【加算】 外泊時費用			
			<p>注11 入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は、算定できない。</p>
			<p>① 注18により入院又は外泊時の費用の算定について、入院又は外泊の期間は初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院又は外泊を行う場合は、6日と計算されること。</p> <p>(例)                  入院又は外泊期間:3月1日～3月8日(8日間)                  3月1日 入院又は外泊の開始……………所定単位数を算定                  3月2日～3月7日(6日間)……………1日につき246単位を算定可                  3月8日 入院又は外泊の終了……………所定単位数を算定</p> <p>② 入所者の入院又は外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できる。また、入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。</p> <p>③ 入所者の入院又は外泊の期間中で、かつ、入院又は外泊時の費用の算定期間中にあつては、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。ただし、この場合に、入院又は外泊時の費用は算定できないこと。</p> <p>④ 入院又は外泊時の取扱い                  イ 入院又は外泊時の費用の算定にあたって、1回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで入院又は外泊時の費用の算定が可能であること。</p> <p>(例) 月をまたがる入院の場合                  入院期間:1月25日～3月8日                  1月25日 入院……………所定単位数を算定                  1月26日～1月31日(6日間)……………1日につき246単位を算定可                  2月1日～2月6日(6日間)……………1日につき246単位を算定可                  2月7日～3月7日……………費用算定不可                  3月8日 退院……………所定単位数を算定</p> <p>ロ 「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含むものであること。</p> <p>ハ 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。</p> <p>ニ 「入院」の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。</p>

		<p>&lt;外泊時加算&gt;                  外泊時加算の算定方法について                  15.6.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.153 介護報酬に係るQ&amp;A(vol.2) /11                  外泊時加算については、1月につき、外泊(又は入院)した日の翌日から起算して6日(1回の外泊(又は入院)で月をまたがる場合は最大で連続12日)を限度として算定する。ただし、当該入所(院)者が使用していたベッドを短期入所サービスに活用する場合は、当該短期入所サービス費を算定した日については外泊時加算を算定できない。</p> <p>(例)外泊期間:3月1日～3月10日(10日間)</p>	
<p><b>【加算】 外泊時在宅サービス利用費用</b></p>			
		<p>注12 入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定する。ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、注11に掲げる単位数を算定する場合は算定しない。</p>	
		<p>① 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討すること。</p> <p>② 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。</p> <p>③ 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人福祉施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。</p> <p>④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。                  イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導                  ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導                  ハ 家屋の改善の指導                  ニ 当該入所者の介助方法の指導</p> <p>⑤ 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。</p> <p>⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、5の(18)の①、②及び④を準用する。</p> <p>⑦ 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。この場合において外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできないこと。</p>	

		<p>&lt;外泊時在宅サービス利用の費用&gt;</p> <p>介護老人福祉施設が提供する在宅サービスとはどのようなものか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /94</p> <p>介護老人福祉施設が他のサービス事業所に委託して行う場合や、併設事業所がサービス提供を行う場合等が考えられる。</p>	
		<p>&lt;外泊時在宅サービス利用の費用&gt;</p> <p>連続する外泊で、サービスを提供していない日と提供した日がある場合はどのような算定となるか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /95</p> <p>各日において外泊時の費用又は外泊時在宅サービス利用の費用が算定可能であるが、それぞれの算定上限に従う。</p>	
		<p>&lt;外泊時在宅サービス利用の費用&gt;</p> <p>外泊時費用と外泊サービス利用時の費用を月に6日ずつ12日間算定することは可能か。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /96</p> <p>可能である。</p>	
<p><b>【加算】ターミナルケア加算</b></p>			
		<p>注15 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者については、ターミナルケア加算として、イ(1)及び(4)並びにロ(1)及び(4)について、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき80単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき160単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき820単位を、死亡日については1日につき1,650単位を死亡月に所定単位数に加算し、イ(2)及び(3)並びにロ(2)及び(3)について、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき80単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき160単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき850単位を、死亡日については1日につき1,700単位を死亡月に所定単位数に加算する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。</p>	

	<p>六十五 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護保健施設サービスのイ及びロの注15の厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者</p> <p>次のイからハまでのいずれにも適合している入所者</p> <p>イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。</p> <p>ロ 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。</p> <p>ハ 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。</p>	
	<p>(17) ターミナルケア加算について</p> <p>イ ターミナルケア加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。</p> <p>ロ ターミナルケア加算は、利用者等告示第65号に定める基準に適合するターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて45日を上限として、介護老人保健施設において行ったターミナルケアを評価するものである。</p> <p>死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合には、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には、ターミナルケア加算を算定することはできない。)</p> <p>なお、ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。</p> <p>ハ 介護老人保健施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、ターミナルケア加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。</p> <p>ニ 介護老人保健施設は、施設退所後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。</p> <p>ホ 外泊又は退所の当日についてターミナルケア加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。したがって、入所者が外泊した場合(外泊加算を算定した場合を除く。)には、当該外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、ターミナルケア加算の算定が可能である。</p>	

		<p>へ 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。</p> <p>また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケアを行っていると思われる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能である。</p> <p>この場合には、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載しておくことが必要である。</p> <p>なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、一度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながらターミナルケアを進めていくことが重要である。</p> <p>ト ターミナルケア加算を算定するに当たっては、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合には、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮すべきであること。なお、個室に移行した場合の入所者については、注13に規定する措置の対象とする。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(ターミナルケア加算)&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設のターミナルケア加算を算定するに当たっては、当該加算は所定単位数(施設サービス費)に加算する構造となっている。ターミナルケア加算の算定の同意を得てターミナルケアを行っていたが、退所又は外泊(外泊加算を算定している場合を除く)により、死亡月に、施設サービス費を算定していない場合の取扱いは如何。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /8</p> <p>1 ターミナルケア加算は、退所した後又は外泊(外泊加算を算定している場合を除く。)中に入所者が死亡した場合であっても、死亡前30日からそれらの日数を減じた日数について、実際に施設サービスにおいてターミナルケアを行っていた場合には加算できるものである。</p> <p>2 当該加算は、原則として死亡月の施設サービス費に加算するものであるが、これらの退所又は外泊により、死亡月に施設サービス費を算定していない場合にあっては、遡って死亡前月の施設サービス費に加算することとする。</p> <p>3 ただし、外泊加算は施設サービス費に代えて算定するものであることから、外泊加算を算定している場合にあっては、死亡月にターミナルケア加算を算定することとなる。</p>	
		<p>&lt;ターミナルケア加算&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設において、入所者が施設内での看取りを希望しターミナルケアを行っていたが、やむを得ない事由により医療機関において亡くなった場合はターミナルケア加算を算定できるのか。</p> <p>24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /220</p> <p>介護療養型老人保健施設内で入所者の死亡日前30日において入所していた間で、ターミナルケアを実施していた期間については、やむを得ず医療機関で亡くなった場合であっても、ターミナルケア加算を算定できる。</p>	

【加算】 特別療養費			
			<p>注16 イ(2)及び(3)並びにロ(2)及び(3)について、入所者に対して、指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定めるものを行った場合に、特別療養費として、別に厚生労働大臣が定める単位数に10円を乗じて得た額を算定する。</p>
			<p>ハ 特別療養費について</p> <p>特別療養費は、利用者に対して、日常的に必要な医療行為を行った場合等に算定できるものである。その内容については、別途通知するところによるものとする。</p>
			<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(感染対策指導管理)&gt;</p> <p>感染対策指導管理を算定するに当たっては、施設内感染防止対策委員会を設置し、当委員会を定期的を開催する必要があるとされているが、併設の介護療養型医療施設がある場合、この介護療養型医療施設の院内感染防止委員会と共同とすることは認められるか。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /10</p> <p>1 介護療養型老人保健施設と介護療養型医療施設は、施設が別個のものであることから、それぞれ別個に感染対策指導管理のための施設内又は院内感染防止対策委員会を有する必要がある。</p> <p>2 ただし、これらの委員会のメンバーを兼任することや、同時開催することについては差し支えない。</p>
			<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(薬剤管理指導)&gt;</p> <p>薬剤管理指導をするに当たっては、医薬品情報管理室を設置しなければならないが、これは、介護療養型老人保健施設単独で有しなければならないか。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /11</p> <p>1 医薬品情報管理室は、併設医療機関と兼用して差し支えない。</p> <p>2 また、医薬品情報管理室は、薬剤管理指導のための「専用」でなければならないが、施設内の一室の一角を医薬品情報管理室として活用することでも差し支えない。</p>

		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(リハビリテーション指導管理)&gt; &gt;</p> <p>リハビリテーション指導管理については、理学療法士又は作業療法士による個別リハビリテーションの実施が要件とされているが、この個別リハビリテーションの頻度・時間等の具体的な基準はあるか。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /12</p> <p>頻度は問わない。また、1回当たりの時間については、20分程度が望ましい。</p>	
		<p>第1 通則</p> <p>短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護にあつては、特別療養費のうち、273号告示別表の初期入所診療管理及びリハビリテーション指導管理は算定できないものであること。</p> <p>第2 個別項目</p> <p>1 感染対策指導管理</p> <p>感染対策指導管理に係る特別療養費は、施設全体として常時感染対策をとっている場合に、算定できるものであること。</p> <p>2 褥瘡対策指導管理</p> <p>褥瘡対策指導管理に係る特別療養費は、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知老健第102—2号)におけるランクB以上に該当する利用者又は入所者について、常時褥瘡対策をとっている場合に、算定できるものであること。</p> <p>3 初期入所診療管理</p> <p>(1) 初期入所診療管理に係る特別療養費は、当該入所者が過去3月間(ただし、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知老健第135号)におけるランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該介護療養型老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できるものであること。</p> <p>(2) 初期入所診療管理については、同一施設内の医療保険適用病床又は介護保険適用病床から当該介護療養型老人保健施設又は当該医療機関若しくは介護療養型老人保健施設と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあつては、特別療養費の算定の対象としない。</p> <p>(3) なお、当該施設入所前の医療保険適用病床又は介護保険適用病床における入院後6か月以内に、入所者の病状の変化等により診療計画を見直さざるを得ない状況になり、同様に診療計画を作成し、文書を用いて入所者に説明を行った場合には、1回に限り算定できる。</p>	

4 重度療養管理

(1) 指定短期入所療養介護事業所における重度療養管理に係る特別療養費は、要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態(274号告示第4号イ)にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い、指定短期入所療養介護を行った場合に、所定単位数を加算する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。

(2) 介護老人保健施設における重度療養管理に係る特別療養費は、要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態(274号告示第4号ロ)にある入所者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、当該処置を行った日について算定できるものである。当該加算を算定する場合にあつては、当該処置を行った日、当該処置の内容等を診療録に記載しておくこと。

5 特定施設管理

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者については、CD4リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば、273号告示別表の5の所定単位数を算定できるものであり、さらに、個室又は2人部屋においてサービスを提供している場合(利用者又は入所者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除く。)、273号告示別表の5の注2に掲げる単位数をそれぞれ加算するものとする。

6 重症皮膚潰瘍管理指導

(1) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別療養費は、重症な皮膚潰瘍(Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。)を有している利用者又は入所者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定するものであること。

(2) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別療養費を算定する場合は、当該利用者又は入所者の皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するか、治療内容等について診療録に記載すること。

(3) 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。



## 7 薬剤管理指導

(1) 薬剤管理指導に係る特別療養費は、当該介護療養型老人保健施設の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導(服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む。)を行った場合に週1回に限り算定できる。ただし、算定する日の間隔は6日以上とする。本人への指導が困難な場合にあつては、その家族等に対して服薬指導を行った場合であつても算定できる。

(2) 当該介護療養型老人保健施設の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を利用者又は入所者に面接・聴取し、当該介護療養型老人保健施設及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

(3) 薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する。

(4) 当該介護療養型老人保健施設の薬剤師が利用者又は入所者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存する。

利用者又は入所者の氏名、生年月日、性別、利用又は入所した年月日、退所年月日、要介護度、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容(重複投薬、配合禁忌等に関する確認等を含む。)、利用者又は入所者への指導及び利用者又は入所者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項。

(5) 273号告示別表の7の注2の加算は、特別な薬剤の投薬又は注射が行われている利用者又は入所者(麻薬を投与されている場合)に対して、通常の薬剤管理指導に加えて当該薬剤の服用に関する注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。

(6) 薬剤管理指導に係る特別療養費を算定している利用者又は入所者に投薬された医薬品について、当該介護療養型老人保健施設の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者又は入所者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。

① 医薬品緊急安全性情報

② 医薬品等安全性情報

(7) 273号告示別表の7の注2の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

① 麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等)

② 麻薬に係る利用者又は入所者への指導及び利用者又は入所者からの相談事項

③ その他麻薬に係る事項

(8) 薬剤管理指導及び273号告示別表の7の注2に掲げる指導を行った場合は必要に応じ、その要点を文書で医師に提供する。

(9) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

(10) 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療料につき区分して届出を受理して差し支えない。

		<p>8 医学情報提供</p> <p>(1) 医学情報提供に係る特別療養費は、介護療養型老人保健施設と医療機関の間の有機的連携の強化等を目的として設定されたものであり、両者の利用者又は入所者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。</p> <p>(2) 介護療養型老人保健施設が、退所する利用者又は入所者の診療に基づき医療機関での入院治療の必要性を認め、利用者又は入所者の同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて利用者又は入所者の紹介を行った場合にそれぞれの区分に応じて算定する。</p> <p>(3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、別添様式1に定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、利用者又は入所者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該利用者又は入所者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。</p> <p>(4) 提供される内容が、利用者又は入所者に対して交付された診断書等であり、当該利用者又は入所者より自費を徴収している場合又は意見書等であり意見書の交付について公費で既に相応の評価が行われている場合には、医学情報提供に係る特別療養費は算定できない。</p> <p>(5) 1退所につき1回に限り算定できる。</p>	
		<p>9 リハビリテーション</p> <p>(1) 通則</p> <p>① 特別療養費におけるリハビリテーションは、利用者又は入所者の生活機能の改善等を目的とするリハビリテーション指導管理、言語聴覚療法等より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。</p> <p>② 言語聴覚療法は、利用者又は入所者1人につき1日3回に限り算定し、摂食機能療法は、1日につき1回のみ算定する。</p> <p>③ リハビリテーションの実施に当たっては、すべての利用者又は入所者のリハビリテーションの内容の要点及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)の記録を診療録等に記載する。</p> <p>(2) リハビリテーション指導管理</p> <p>① リハビリテーション指導管理に係る特別療養費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護療養型老人保健施設において、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、総合的に個々の患者の状態に応じて理学療法又は作業療法に係る指導管理を行っている場合に算定する。</p> <p>② 医師の指導監督のもとで理学療法士又は作業療法士による個別リハビリテーションを実施していること。また、この場合の個別リハビリテーションは、理学療法士又は作業療法士と利用者又は入所者が1対1で20分以上訓練を行うものをいう。</p>	

	<p>(3) 言語聴覚療法</p> <p>① 言語聴覚療法に係る特別療養費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者又は入所者に対して言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。</p> <p>② 言語聴覚療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士により実施された場合に算定する。</p> <p>③ 言語聴覚療法は、利用者又は入所者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と利用者又は入所者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護保健施設サービスに係る介護給付費のうち特別療養費でない部分に含まれる。また、利用者又は入所者の状態像や日常生活パターンに合わせて、1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。</p> <p>④ 言語聴覚療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力の検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成する必要がある。ただし、リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合は、言語聴覚療法実施計画をリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、言語聴覚療法を実施する場合は、開始時その後3か月に1回以上利用者又は入所者に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。</p> <p>(4) 摂食機能療法</p> <p>① 摂食機能療法に係る特別療養費は、摂食機能障害を有する利用者又は入所者に対して、個々の利用者又は入所者の状態像に対応した診療計画書に基づき、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、「摂食機能障害を有するもの」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。</p> <p>② 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。</p>	
	<p>10 精神科専門療法</p> <p>(1) 精神科作業療法</p> <p>① 精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は利用者又は入所者1人当たり1日につき2時間を標準とする。</p> <p>② 1人の作業療法士は、1人以上の助手とともに当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱い利用者又は入所者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い利用者又は入所者数は1日3単位75人以内を標準とする。</p> <p>③ 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の利用者又は入所者の診療録に記載すること。</p> <p>④ 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該介護療養型老人保健施設の負担となるものである。</p>	

		<p>(2) 認知症老人入所精神療法</p> <p>① 認知症老人入所精神療法とは、回想法又はR・O・法(リアリティー・オリエンテーション法)を用いて認知症入所者の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。</p> <p>② 認知症老人入所精神療法とは、精神科医師の診療に基づき対象となる利用者又は入所者ごとに治療計画を作成し、この治療計画に従って行うものであって、定期的にその評価を行う等の計画的な医学的管理に基づいて実施しているものである。</p> <p>③ 精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定する。なお、この場合、精神科を担当する医師が、必ず1人以上従事していること。</p> <p>④ 1回に概ね10人以内の利用者又は入所者を対象として、1時間を標準として実施する。</p> <p>⑤ 実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記載する。</p>	
		<p>第3 施設基準等</p> <p>1 感染対策指導管理</p> <p>(1) 当該介護療養型老人保健施設において、別紙様式2を参考として、施設内感染防止対策委員会が設置され、対策がなされていること。</p> <p>(2) 当該介護療養型老人保健施設において、施設内感染対策委員会が月1回程度、定期的に開催されていること。</p> <p>施設内感染対策委員会は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>(3) 施設内感染対策委員会は、当該施設の管理者、看護部門の責任者、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること。(各部門の責任者を兼務することは差し支えない。)</p> <p>(4) 当該介護療養型老人保健施設において、当該施設の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが施設内感染対策委員会において十分に活用されている体制がとられていること。当該レポートは、利用者又は入所者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が当該施設の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、当該施設からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。</p> <p>(5) 施設内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各療養室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、認知症の利用者又は入所者が多い等、その特性から療養室に消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。</p>	

		<p>2 褥瘡対策指導管理</p> <p>(1) 当該介護療養型老人保健施設において、褥瘡対策に係る医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>(2) 当該介護療養型老人保健施設における日常生活の自立度ランクB以上に該当する利用者又は入所者につき、別紙様式3を参考として褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施すること。</p> <p>(3) 利用者又は入所者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</p> <p>3 初期入所診療管理</p> <p>(1) 初期入所診療管理については、入所の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、入所者に対し、別添様式4を参考として、文書により病名、症状、治療計画、栄養状態、日常生活の自立の程度(認知症の評価を含む。)等のアセスメント及びリハビリテーション計画、栄養摂取計画等について、入所後2週間以内に説明を行い、入所者又はその家族の同意を得ること。</p> <p>(2) 初期入所診療管理において求められる入所に際して必要な医師の診察、検査等には、施設内感染対策の観点から必要と医師が判断する検査が含まれるものであること。</p> <p>(3) 入所時に治療上の必要性から入所者に対し、病名について情報提供し難しい場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。</p> <p>(4) 医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる入所者についてはその家族等に対して行ってもよい。</p> <p>(5) 説明に用いた文書は、入所者(説明に対して理解ができないと認められる入所者についてはその家族等)に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。</p>	
		<p>4 重度療養管理</p> <p>(1) 重度療養管理を算定できる指定短期入所療養介護の利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。</p> <p>なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態(274号告示第4号イ(1)から(9)まで)を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>ア 274号告示第4号イ(1)の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。</p> <p>イ 274号告示第4号イ(2)の「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。</p> <p>ウ 274号告示第4号イ(3)の「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。</p>	

	<p>エ 274号告示第4号イ(4)の「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病</li> <li>b 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下)</li> <li>c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの</li> <li>d 出血性消化器病変を有するもの</li> <li>e 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの</li> <li>f うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上)のもの</li> </ul> <p>オ 274号告示第4号イ(5)の「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。</p> <p>カ 274号告示第4号イ(6)の「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。</p> <p>キ 274号告示第4号イ(7)の「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。</p> <p>ク 274号告示第4号イ(8)の「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。</p> <p>第1度:皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)</p> <p>第2度:皮膚層の部分的喪失(びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの)</p> <p>第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある</p> <p>第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している</p> <p>ケ 274号告示第4号イ(9)の「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。</p>	
--	---	--

		<p>(2) 重度療養管理を算定できる介護老人保健施設の入所者の状態は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続し、かつ、当該処置を行っているものであること。</p> <p>なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態(イからハまで)を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>ア 274号告示第4号ロ(1)の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは当該月において1日あたり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。</p> <p>イ 274号告示第4号ロ(2)の「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、左記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。</p> <p>a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病</p> <p>b 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下)</p> <p>c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの</p> <p>d 出血性消化器病変を有するもの</p> <p>e 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの</p> <p>f うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上)のもの</p> <p>ウ 274号告示第4号ロ(3)の「膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該入所者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。</p>	
		<p>5 重症皮膚潰瘍管理指導</p> <p>(1) 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。</p> <p>(2) 個々の利用者又は入所者に対する看護計画の策定、利用者又は入所者の状態の継続的評価、適切な医療用具の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。</p> <p>(3) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。</p> <p>(4) 重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出は別添様式5を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。</p>	

6 薬剤管理指導

(1) 当該介護療養型老人保健施設において、次に掲げる区分に応じ、当該区分に掲げる薬剤師の数が配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。

① 医療機関と併設する介護療養型老人保健施設 常勤換算方法で、2人から当該併設医療機関に基準上必要とされる数を減じて得た数以上(その数が、利用者及び入所者の数を300で除して得た数に満たないときは、利用者及び入所者の数を300で除して得た数以上)

② 医療機関と併設しない介護療養型老人保健施設 常勤換算方法で、1人以上

(2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「医薬品情報管理室」という。)を有し、薬剤師が配置されていること。

(3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

(4) 当該介護療養型老人保健施設の薬剤師は、利用者又は入所者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理(副作用に関する状況把握を含む。)を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な利用者又は入所者の指導を行っていること。

(5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

(6) 届出に関しては、以下のとおりとする。

① 薬剤管理指導の施設基準に係る届出は、別添様式6を用いること。

② 当該介護療養型老人保健施設に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。

③ 調剤、医薬品情報管理又は利用者若しくは入所者への薬剤管理指導のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載する。

④ 医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

7 リハビリテーション指導管理

(1) リハビリテーション指導管理

① 当該介護療養型老人保健施設において、専従する常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1人以上勤務すること。

② 届出について、当該指導管理を行う理学療法士又は作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)並びに勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。



8 言語聴覚療法

(1) 言語聴覚療法

- ① 専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。
- ② 言語聴覚療法を担当する医師(非常勤でよい。)の指示の下に実施するものとする。
- ③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

個別療法室(8平方メートル以上)を1室以上有していること(言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療法室に該当しないものとする。)。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具(主なもの)

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料(絵カード他)

- ④ リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者又は入所者毎に同一ファイルとして保管され、常に関係者により閲覧が可能であるようにすること。

(2) 届出に関する事項

- ① 言語聴覚療法の施設基準に係る届出は、別添様式8を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)並びに勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

9 精神科作業療法

- (1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。
- (2) 利用者又は入所者数は、作業療法士1人に対しては、1日75人を標準とすること。
- (3) 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して75平方メートルを基準とすること。
- (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること
- (5) 精神科を担当する医師(非常勤でよい。)の指示の下に実施するものとする。

(6) 届出に関する事項

- ① 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添様式9を用いること。
- ② 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

10 届出書類について

転換前に指定介護療養型医療施設であって特別療養費に相当する特定診療費を算定していたものについては、特別療養費の各項目における届出書類について、別途届出は不要とすること。

作業名	器具等の基準(例示)
手工芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木工	作業台、塗装具、工具等
印刷	印刷器具、タイプライター等
日常生活動作	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

【加算】療養体制維持特別加算			
			<p>注17 イ(2)及び(3)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設については、当該施設基準に掲げる区分に従い、療養体制維持特別加算として、次に掲げる区分に応じ、それぞれ1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。</p> <p>イ 療養体制維持特別加算(Ⅰ) 27単位                  ロ 療養体制維持特別加算(Ⅱ) 57単位</p>
		<p>六十一 介護老人保健施設における療養体制維持特別加算に係る施設基準</p> <p>イ 介護老人保健施設における療養体制維持特別加算(Ⅰ)に係る施設基準</p> <p>(1) 当該介護老人保健施設が次のいずれかに該当すること。</p> <p>(一) 転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)又はユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であった介護老人保健施設であること。</p> <p>(二) 転換を行う直前において、療養病床を有する病院(診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料1の施設基準に適合しているものとして当該病院が地方厚生局長等に届け出た病棟、新基本診療料の施設基準等第五の三(2)イ②に規定する二十対一配置病棟又は新基本診療料の施設基準等による廃止前の基本診療料の施設基準等第五の三(2)ロ①②に規定する二十対一配置病棟を有するものに限る。)であった介護老人保健施設であること。</p> <p>(2) 当該介護老人保健施設における看護職員又は介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算方法で、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>(3) 通所介護等の算定方法第十三号に規定する基準に該当していないこと。</p> <p>ロ 介護老人保健施設における療養体制維持特別加算(Ⅱ)に係る施設基準</p> <p>(1) 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、喀(かく)痰(たん)吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が百分の二十以上であること。</p> <p>(2) 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が百分の五十以上であること。</p>	

		<p>二 療養体制維持特別加算について</p> <p>a 療養体制維持特別加算(Ⅰ)は、介護療養型老人保健施設の定員のうち、転換前に4:1の介護職員配置を施設基準上の要件とする介護療養施設サービス費を算定する指定介護療養型医療施設又は医療保険の療養病棟入院基本料1の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であったもの(平成22年4月1日以前に転換した場合にあっては、医療保険の療養病棟入院基本料におけるいわゆる20:1配置病棟であったもの)の占める割合が2分の1以上である場合に、転換前の療養体制を維持しつつ、質の高いケアを提供するための介護職員の配置を評価することとする。</p> <p>b 療養体制維持特別加算(Ⅱ)にかかる施設基準第18号ロ(2)の基準において、「著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者」とあるのは、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ又はMIに該当する者をいうものであること。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(療養体制維持加算)&gt;</p> <p>介護療養型老人保健施設の療養体制維持特別加算を算定するに当たっては、4:1の介護職員を配置する療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)等を算定する指定介護療養型医療施設であったものが当該施設の定員の半数を超えることが要件となっているが、空床利用により行われる短期入所サービスに取扱い如何。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /9</p> <p>1 空床利用により行われる短期入所サービスの人員配置は、指定介護療養型医療施設と一体的に行われるものであることから、4:1の介護職員を配置する病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ)等を算定するものについても、療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)等と同様に考えるものである。</p> <p>2 具体的には、療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)等及び病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ)等を算定していた部分が、転換した介護療養型老人保健施設の定員の半数を超えている場合には、当該要件を満たすこととなる。</p>	

【加算】 初期加算			
			<p>ハ 初期加算 30単位</p> <p>注 入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。</p>
			<p>(18) 初期加算について</p> <p>① 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係</p> <p>初期加算は、当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。</p> <p>なお、当該介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合には、初期加算は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。</p> <p>② 5の(20)の①及び②は、この場合に準用する。</p> <p>① 入所者については、指定介護老人福祉施設へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、1日につき30単位を加算すること。</p> <p>② 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できないこと。</p>
			<p>&lt;初期加算&gt;</p> <p>「指定居宅サービスに要する費用の算定に関する基準(短期入所サービス、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日 厚生省老企発第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」によれば、初期加算の算定については、短期入所サービスを利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合には、初期加算は入所直前の短期入所の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定することとされているが、短期入所から退所した翌日に同じ施設に入所した場合も同様に扱うものと考えているがいかがか。</p> <p>12.5.15事務連絡 介護保険最新情報vol.74 介護報酬等に係るQ&amp;A vol.3 / I (2)1</p> <p>貴見のとおり。</p>

		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定(初期加算・短期集中リハビリテーション実施加算)&gt;</p> <p>療養病床等から介護療養型老人保健施設に転換する場合、初期加算、短期集中リハビリテーション実施加算等を算定する場合の起算日はどの時点となるか。</p> <p>20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /7</p> <p>転換前の入院日が起算日となる。なお、初期入所診療管理等の特別療養費についても、転換前の介護療養型医療施設において当該算定項目に相当する特定診療費が存在することから、同様に転換前の入院日が起算日となる。</p>	
		<p>&lt;旧一部ユニット型施設・事業所の初期加算の取扱い&gt;</p> <p>一部ユニット型施設・事業所について、当該施設・事業所のユニット型部分とユニット型以外の部分をそれぞれ別施設・事業所として指定した場合、双方の施設間を異動した入所者について、初期加算の算定をしてよいか。</p> <p>23.9.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.238 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令の施行に伴う指定、介護報酬等の取扱いについて /7</p> <p>初期加算は算定できない。</p>	
<p><b>【加算】 再入所時栄養連携加算</b></p>			
		<p>二 再入所時栄養連携加算 200単位</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設に入所(以下この注において「一次入所」という。)している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入所した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所(以下この注において「二次入所」という。)する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注5を算定している場合は、算定しない。</p>	

		<p>(21) 再入所時栄養連携加算について</p> <p>① 指定介護老人福祉施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該指定介護老人福祉施設に入所(以下「二次入所」という。)した場合を対象とすること。なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。</p> <p>② 当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。</p> <p>指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族(以下この②において「当該者等」という。)が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用にあつては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。</p> <p>③ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。</p>	
		<p>&lt;再入所時栄養連携加算について&gt;</p> <p>再入所時栄養連携加算は入所者1人につき1回を限度として算定するとされており、二次入所時に当該加算は算定可能と考えるが、再々入所時においても算定可能か。</p> <p>30.5.29 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(平成30年5月29日)」の送付について / 13</p> <p>例えば、嚥下調整食の新規導入に伴い再入所時栄養連携加算を算定した入所者が、再度、医療機関に入院し、当該入院中に経管栄養が新規導入となり、その状態で二次入所となった場合は、当該加算を再度算定できる。</p>	
<p><b>【加算】 在宅復帰・在宅療養支援機能加算</b></p>			
		<p>注18 介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(i)及び(iii)並びにユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(i)及び(iii)について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)として、1日につき34単位を、介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(ii)及び(iv)並びにユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(ii)及び(iv)について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)として、1日につき46単位を所定単位数に加算する。</p>	

		九十 介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算の基準 イ 介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)の基準 (1) 次に掲げる算式により算定した数が四十以上であること。 $A+B+C+D+E+F+G+H+I+J$				
		ロ 介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)の基準 (1) イ(1)に掲げる算定式により算定した数が七十以上であること。				
	イ(Ⅰ)		イ(Ⅱ)			
	イ(Ⅲ)		イ(Ⅳ)			
基本型 (指標20以上)	※加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) (指標40以上)	在宅強化型 (指標60以上)	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) (指標70以上)	療養型老健 (転換型)	療養型老健 (転換型) 入所者40名以下	その他型 (指標20未満)
(ⅰ)個室		(ⅱ)個室		(ⅰ)個室	(ⅰ)個室	(ⅰ)個室
(ⅲ)多床室		(ⅳ)多床室		(ⅱ)多床室	(ⅱ)多床室	(ⅱ)多床室
※「ロ」がユニット型						
		<在宅復帰支援機能加算関係>  退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。 18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q & A(vol.1) / 68  算定可能である。				
		<在宅復帰支援機能加算関係>  加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するか 18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q & A(vol.1) / 69  各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこととなる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管しておき、指導監査時等に確認することとなる。				

		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>平成20年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成21年4月から算定は可能か。 18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 70</p> <p>加算の要件に該当すれば、算定可能である。</p>	
		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。 18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 71</p> <p>御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。</p>	
		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>在宅復帰支援機能加算を算定するにあたり、退所者の総数に死亡により退所した者も含めるのか。また、算定対象となる者について、「在宅において介護を受けることになった者」とあるが、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となるのか。 18.6.30 介護制度改革information vol.114 平成18年4月改定関係Q &amp; A(VOL5) 及び平成18年7月改定関係Q &amp; A(経過型介護療養型医療施設関係) / 3</p> <p>在宅復帰支援機能加算における退所者の総数には死亡により退所した者を含む。また、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となる。</p>	
		<p>&lt;介護老人保健施設からの在宅復帰の取扱いについて&gt;</p> <p>「居宅において介護を受けることになったもの」の取扱いとして、介護老人保健施設の退所後に居宅サービスを利用することは問題ないと考えますが、退所した当日からショートステイや(看護)小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを連日利用する場合などは、「居宅において介護を受けることになったもの」に含まれないという理解でよいか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ &amp; A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について / 105</p> <p>貴見のとおりである。</p>	



			<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>平成30年度介護報酬改定において見直された介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する介護老人保健施設における在宅復帰在宅療養支援等評価指標等の要件については、都道府県への届出を毎月行う必要があるのか。また、算定要件を満たさなくなった場合は、基本施設サービス費及び加算の算定はどのように取り扱うのか。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /101</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅復帰在宅療養支援等評価指標として算出される数が報酬上の評価における区分変更を必要としない範囲での変化等、軽微な変更であれば毎月の届出は不要である。</li> <li>・例えば、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が24から36に変化した場合には、区分の変更が生じない範囲での変化となる。一方で、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)を算定している施設について、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が42から38に変化した場合には、区分の変更が生じる範囲での変化となる。</li> <li>・ただし、要件を満たさなくなった場合、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する。なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要である。</li> <li>・また、在宅強化型から基本型の介護保健施設サービス費を算定することとなった場合に、当該施設の取組状況において、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)の算定要件を満たせば、当該変更月より在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)を算定できる。</li> <li>・なお、算定要件を満たさなくなった場合の取扱いについては、平成30年度介護報酬改定前の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ⅰ)又は(ⅲ)(改定前の従来型)については、改定後の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ⅰ)又は(ⅲ)(改定後の基本型)と、改定前の在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、改定後の在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)と、改定前の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ⅱ)又は(ⅳ)(改定前の在宅強化型)については、改定後の介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ⅱ)又は(ⅳ)(改定後の在宅強化型)とみなして取り扱うこととする。</li> </ul>	

		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の要件における「算定日が属する月の前6月間」及び「算定日が属する月の前3月間」とはどの範囲なのか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /103</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保健施設サービス費(Ⅰ)においては、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前6月間」又は「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のことをいう。</li> <li>・ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。</li> <li>・なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。</li> </ul> <p>(参考)平成30年6月から算定を開始する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定日が属する月の前6月間…平成29年12月から平成30年5月まで(算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成29年11月から平成30年4月まで)</li> <li>・算定日が属する月の前3月間…平成30年3月から5月まで</li> </ul> <p>※平成24年Q&amp;A(平成24年3月16日)問199の修正。</p>	
		<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>平成29年5月1日以降に開設された介護老人保健施設であって、現に在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため努力をしている施設及び平成30年4月1日以降に開設される介護老人保健施設について、介護保健施設サービス費(Ⅰ)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件における実績は、どのように取り扱うのか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /104</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援等指標を丁寧に把握するためには、算定要件における実績を算出するための期間を十分に設け判定することが重要である。</li> <li>・そのため、平成29年4月1日以降に開設された介護老人保健施設及び平成30年4月1日以降に開設される介護老人保健施設のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行う施設については、開設日が属する月から1年間に限り、基本型の基本施設サービス費を算定可能とする。また、当該1年間を超えて、引き続き基本型の基本施設サービス費を算定する場合にあっては、改めて体制を届け出る必要がある。</li> <li>・例えば、平成29年6月中に開設した介護老人保健施設であって、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行っている施設については、基本型の基本施設サービス費の算定要件の適否を問わず、平成30年5月末まで基本型の基本施設サービス費を算定することが可能。</li> <li>・ただし、開設後1年間に満たない場合において、算定要件における実績を算出するための期間を満たした上で、在宅強化型の基本施設サービス費又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件を満たす場合については、届け出の規定に従い、適切な基本施設サービス費等の届出を行うことができる。</li> </ul>	

			<p>&lt;介護保健施設サービス費(Ⅰ)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について&gt;</p> <p>「喀痰吸引が実施された者」について、介護医療院では、「過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)を経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」されているが、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標で求められる「喀痰吸引が実施された者」についても同様に考えてよいか。</p> <p>また、「経管栄養が実施された者」についても、介護医療院では、「過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に経管栄養が実施されていた者)であつて、経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者(令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者)」については、経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」とされており、これも同様に考えてよいか。</p> <p>3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について / 44</p> <p>・いずれも貴見のとおり。</p> <p>・したがって、例えば、「喀痰吸引が実施された者」の割合については、現に喀痰吸引を実施している者及び過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されているもの又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしているもの(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)の直近3か月間の延入所者数(入所延べ日数)を当該施設の直近3か月間の延入所者数(入所延べ日数)で除した割合となる。</p>	

【加算】 入所前後訪問指導加算			
		<p>ホ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)450単位 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)480単位</p> <p>注 イ(1)及びロ(1)については、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、次に掲げる区分に応じ、入所中1回を限度として算定する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 なお、当該者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も、同様に算定する。</p> <p>(1) 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合 (2) 入所前後訪問指導加算(Ⅱ) 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合</p> <p>注19 イ(4)又はロ(4)を算定している介護老人保健施設については、注7、注8及び注18並びにニからへまで、チからヌまで、ワ、ヨ及びツからクまでは算定しない。</p>	
		<p>(20) 入所前後訪問指導加算について</p> <p>① 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)は、入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定(以下「施設サービス計画の策定等」という。)を行った場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。</p> <p>② 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)は、①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。なお、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>イ 生活機能の具体的な改善目標 当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。</p> <p>ロ 退所後の生活に係る支援計画 入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含むものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つよう努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。</p>	

		<p>③ 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること。</p> <p>④ 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。</p> <p>イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合</p> <p>ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合</p> <p>ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合</p> <p>⑤ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。</p> <p>⑥ 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。</p> <p>⑦ 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</p>	
		<p>&lt;入所前後訪問指導加算&gt;</p> <p>入所前後訪問指導加算について、居宅を訪問するのは「医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員」のいずれかでないと算定できないのか。</p> <p>24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /208</p> <p>職種は問わないが、入所者の施設サービス計画を作成する者が訪問することが望ましい。</p> <p>なお、退所(院)前訪問指導(相談援助)加算、退所(院)後訪問指導(相談援助)加算についても同様の取扱いである。</p>	
<p><b>【加算】 退所時等支援等加算</b></p>			
		<p>へ 退所時等支援等加算</p> <p>(1) 退所時等支援加算</p> <p>(一) 試行的退所時指導加算 400単位</p> <p>(二) 退所時情報提供加算 500単位</p> <p>(三) 入退所前連携加算(Ⅰ) 600単位</p> <p>(四) 入退所前連携加算(Ⅱ) 400単位</p> <p>(2) 訪問看護指示加算 300単位</p>	

注1 (1)の(一)については、退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

注2 (1)の(二)については、入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

注3 (1)の(三)については、次に掲げるいずれの基準にも適合する場合に、(1)の(四)については、口に掲げる基準に適合する場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。ただし、(1)の(三)を算定している場合は、(1)の(四)は算定しない。

イ 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めること。

ロ 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

注4 (2)については、入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第59条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。)、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。)第3条の2に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護をいう。以下同じ。)(訪問看護サービス(指定地域密着型サービス基準第3条の3第4号に規定する訪問看護サービスをいう。以下同じ。))を行う場合に限る。)又は指定看護小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービス基準第170条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。以下同じ。)(看護サービス(指定地域密着型サービス基準第177条第9号に規定する看護サービスをいう。以下同じ。))を行う場合に限る。)の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第60条第1項第1号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。以下同じ。)、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所(指定地域密着型サービス基準第3条の4に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所をいう。以下同じ。))又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所(指定地域密着型サービス基準第171条第1項に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。))に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書(指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあっては看護サービスに係る指示書をいう。以下同じ。))を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

(21) 退所時等支援加算について

① 試行的退所時指導加算

イ 試行的退所時指導の内容は、次のようなものであること。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
- c 家屋の改善の指導
- d 退所する者の介助方法の指導

ロ 注1により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。

a 試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。

b 当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。

c 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。

d 入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。

e 試行的退所期間中は、介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス、同法第8条第14項に規定する地域密着型サービス、同法第8条の2第14項に規定する介護予防サービス等の利用はできないこと。

f 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。

g 試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- (a) 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- (b) 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- (c) 死亡退所の場合

h 試行的退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

i 試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

j 試行的退所時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

	<p>② 退所時情報提供加算</p> <p>イ 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、別紙様式2の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。</p> <p>ロ ①のロのgを準用する。</p> <p>③ 入退所前連携加算(Ⅰ)</p> <p>イ 入所期間が1月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を定めること。</p> <p>ロ 5の(22)の③イ及びロを準用する。</p> <p>ハ ①のロのg及びhを準用する。</p> <p>④ 入退所前連携加算(Ⅱ)</p> <p>イ 5の(19)の③イ及びロを準用する。</p> <p>ロ ①のg及びhを準用する。</p> <p>⑤ 訪問看護指示加算</p> <p>イ 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書(様式は別途通知するところによるものとする。)に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなすこと。</p> <p>ロ 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。</p> <p>ハ 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所に交付しても差し支えないこと。</p> <p>ニ 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。</p> <p>ホ 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。</p>	
	<p>イ 退所前連携加算については、入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者1人につき1回に限り退所日に加算を行うものであること。</p> <p>ロ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。</p>	



			<p>g 試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できないものであること。                  (a)退所して病院又は診療所へ入院する場合                  (b)退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合                  (c)死亡退所の場合</p> <p>h 試行的退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。</p>	
			<p>&lt;入所前後訪問指導加算&gt;</p> <p>入所前後訪問指導加算について、居宅を訪問するのは「医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員」のいずれかでないと算定できないのか。                  24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /208</p> <p>職種は問わないが、入所者の施設サービス計画を作成する者が訪問することが望ましい。                  なお、退所(院)前訪問指導(相談援助)加算、退所(院)後訪問指導(相談援助)加算についても同様の取扱いである。</p>	

【加算】 栄養マネジメント強化加算			
			<p>ト 栄養マネジメント強化加算 11単位</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注5を算定している場合は、算定しない。</p>
			<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 管理栄養士を常勤換算方法(指定地域密着型サービス基準第二条第七号に規定する常勤換算方法をいう。)で、入所者の数を五十で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を一名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を七十で除して得た数以上配置していること。</p> <p>ロ 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。</p> <p>ハ ロに規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。</p> <p>ニ 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>ホ 通所介護費等算定方法第十号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>
			<p>① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第65号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。</p> <p>② 大臣基準第65号の3イに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。</p>

イ 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。

ロ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。)の平均を用いる(ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。)。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

③ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第4に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。

④ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

イ 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。

ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。

なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。

ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所(入院)する場合は、入所中の栄養管理に関する情報(必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性(嚥下食コード)、食生活上の留意事項等)を入所先(入院先)に提供すること。

⑤ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

		<p>⑥ 大臣基準第65号の3ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>	
		<p>(1) LIFEへの情報提出頻度について 利用者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。 ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月 イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月 ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回</p> <p>(2) LIFEへの提出情報について ア 施設における入所者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式4-1(栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例))にある「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク(状況)」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。 イ 経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している入所者については、アの情報に加え、同様式にある「摂食・嚥下の課題」、「食事の観察」及び「多職種会議」の各項目に係る情報も提出すること。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算について、栄養ケア計画の作成されている入所者のみ算定できるという解釈でよい。</p> <p>17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /55</p> <p>1. 栄養マネジメント加算の算定は、栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に対し説明し、その同意が得られた日から当該入所者について算定を開始することとしている。</p> <p>2. ただし、平成17年10月1日時点における既入所者については、平成17年10月分に限り、同月中に栄養ケア・マネジメントの実施に係る同意が取れていれば、10月1日に遡り栄養マネジメント加算を算定することが可能な取扱いとすることとしている。</p> <p>3. なお、栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施するべきものであるため、その点を御留意して対応されたい。</p>	

		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算について、栄養ケア計画が不十分な場合(例:ほとんどの入所者が同内容の計画、見直しが行われていない等)、都道府県の判断で加算の対象かどうか判断してよろしいか。</p> <p>17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /56</p> <p>御指摘のとおりである。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算に係る、栄養ケア計画等について、例示された様式を使用しなければならないのか。</p> <p>17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /57</p> <p>栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例をお示しすることとしているが、これは例示としてお示したものであり、これによらない場合であっても、適正に個別の入所者の栄養状態に着目した栄養ケア・マネジメントが行われている場合には、介護報酬上評価して差し支えない。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算について、療養食以外の食事を提供している入所者も対象となるのか。</p> <p>17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /58</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 栄養マネジメント加算の算定は、療養食が提供されているか否かにかかわらず、栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に対し説明し、その同意が得られた日から当該入所者について算定を開始することとしている。</li> <li>2. ただし、平成17年10月1日時点における既入所者については、平成17年10月分に限り、同月中に栄養ケア・マネジメントの実施に係る同意が取れていれば、10月1日に遡り栄養マネジメント加算を算定することが可能な取扱いとすることとしている。</li> <li>3. なお、栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクをマネジメントするために行うものであって、療養食が提供されているか否かにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施するべきものであるとの点を御留意して対応されたい。</li> </ol>	

		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>施設サービス計画書(1)に他の看護・介護ケアと共に一体的に作成して栄養ケア計画として使用しても大丈夫なのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /60</p> <p>1 栄養ケア・マネジメントは、利用者毎に行われるケア・マネジメントの一環として行われるものであり、低栄養等の問題がある場合はその内容について施設サービス計画書に反映させる必要がある。 2. よって、施設サービス計画書と栄養ケア計画が一体的に作成されている場合でも、栄養ケア計画に該当する部分が明確に判断できる形であれば、差し支えない。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算の算定に当たっては、都道府県に届出が必要か。必要な場合、届出の仕方はいつ明らかにされるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /61</p> <p>栄養ケアの関連職種及び氏名について、都道府県に対する届出が必要である。(届出様式については、通知でお示している。)</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算について、評価手段として血液検査などが考えられるがいかがか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /62</p> <p>評価手段として血液検査を義務付けることは考えていない。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>(栄養マネジメント加算)介護保険法に基づく指導監査の対象となる帳票類についておしえてほしい 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /63</p> <p>帳票類については、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリングといった栄養マネジメント加算の算定に当たって必要な手順が確実に行われていることが確認される書類が整備されていればよく、特に様式等を定めることはしない。なお、施設に対する指導監査においても、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養ケア・マネジメントが上記のような適正な手順により実施されているかという観点から行われることを想定している。</p>	

		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>(栄養マネジメント加算)健康体の肥満の場合、アセスメントにより問題がないとなった時の栄養ケア計画の期間は3ヶ月に1回でよいのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /64</p> <p>栄養ケア計画に基づいた栄養状態のモニタリングは、低栄養状態の低リスク者の場合、概ね3ヶ月毎に行うこととする。ただし、少なくとも月1回毎に体重を測定し、BMIや体重減少率等から入所者の栄養状態の把握を行うことは必要である。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養ケア・マネジメントについて、栄養状態が改善された場合も3ヶ月ごとの計画の作成は必要なのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /65</p> <p>1 栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施するべきものである。 2. 栄養スクリーニングは、低栄養状態のリスクにかかわらず、概ね3ヶ月毎に行うこととする。ただし、少なくとも月1回毎に体重を測定し、BMIや体重減少率等から入所者の栄養状態の把握を行うこととする。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養ケア計画は3ヶ月に1度見直すこととされているが、その際には、利用者又は家族のサインが必要なのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /66</p> <p>1個別の高齢者の状況に合わせた栄養ケア・マネジメントを行うことから栄養ケア計画の策定に当たっては、利用者又は家族の同意を得ることは必要であると考えている 2. なお、栄養ケア計画は概ね3か月に1度の見直しを行う必要があるが、その際、当該計画に変更がない場合には、サインを求める必要はない。</p>	

		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養ケア・マネジメントに必要な医師の意見書の様式に指定はあるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /67</p> <p>主治医の指示については、特に様式を定めることは考えておらず、診療録に記載されるもの等で差し支えない。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養マネジメント加算について、家族が食事を持ち込む場合、算定可能か。その場合、アセスメントの作成やカンファレンスは必要か。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /68</p> <p>御指摘のようなケースについても、栄養マネジメント加算の算定の要件が満たされている場合には、算定が可能である。なお、仮に算定が困難な場合においても、入所者の低栄養状態に留意することは必要である。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」で示されている栄養アセスメント(Ⅱ)の記入項目は全て必須ではないとのことだが、それではどれが必須項目になるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /69</p> <p>今回の見直し後の平成12年老企第40号通知でお示しする内容が算定に当たって必要となる事項であり、御指摘の通知でお示している内容は、実施に当たっての参考例に過ぎない。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>(栄養マネジメント加算)アセスメントの項目として、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚、肩甲骨下皮下脂肪厚、下肢周囲長まで行う必要があるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係 Q&amp;A /70</p> <p>栄養マネジメント加算の算定に当たって、御指摘のような項目を実施することは必須ではないが、上腕三頭筋皮下脂肪厚、上腕周囲長等の計測は低栄養状態の把握の一つの指標であり、非侵襲的で簡便な手法であることから活用されたい。</p>	



		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>(栄養マネジメント加算)食事摂取量の把握はどのように行うのか。利用者の方それぞれにつき、毎日測定する必要があるのか。それとも1ヶ月の中で何日間か測定すればいいのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /71</p> <p>食事摂取量については、喫食率の大きな変化が把握できればよく、個々の高齢者の低栄養状態のリスクに応じて適宜判断されたい。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>ショートステイを併設しているところでは、ショート利用者は栄養マネジメント加算の対象ではないので、これまで入所者に対する栄養管理の際に必要なとされてきた帳票となるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /72</p> <p>必要ないが、適切に栄養管理を行っていただきたい。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>(栄養マネジメント加算)都道府県においては、適切な栄養管理がなされているか確認する観点から、国が定めている帳票類のほか、独自に帳票類の作成・提出を求めてきた経緯があるが、今後、これらの帳票類の取扱いはどのようになるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /73</p> <p>これまで国において作成を求めてきた帳票類について、栄養マネジメント加算を算定する施設においては、簡素化することとしたところであり、都道府県においても、その趣旨を踏まえ、独自に作成・提出を求めている帳票類の整理・見直しを図っていただくようお願いしたいと考えている。</p>	
		<p>&lt;食費関係&gt;</p> <p>経管栄養について提供されている濃厚流動食が薬価収載されている場合には、特別食加算及び基本食事サービス費は算定できなかったが、今回新たに設けられた栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算、経口移行加算は算定できるか。 17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /16</p> <p>それぞれの要件を満たすのであれば算定できる。</p>	

		<p>&lt;栄養ケア・マネジメント加算&gt;</p> <p>薬価収載されている濃厚流動食しか摂らない入所者や点滴のみにより栄養補給を受けている入所者に対しても栄養ケア・マネジメントを実施すべきと考えて良いか。</p> <p>17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /17</p> <p>栄養ケア・マネジメントは、入所者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて栄養補給、栄養食事相談、栄養管理などの課題の解決について多職種協働により栄養ケア計画を作成し、マネジメントを行うものであって、濃厚流動食しか摂らない入所者や点滴のみにより栄養補給を受けている入所者であってもそのようなマネジメントの必要性はかわらない。したがって、設問にあるような入所者についても要件を満たしていれば算定可能である。</p>	
		<p>&lt;栄養ケア・マネジメント加算&gt;</p> <p>栄養ケア・マネジメントは、原則として入所者全員に対して実施するということが、同意が取れない利用者がある場合、施設全体が加算を算定できないことになるのか。</p> <p>17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /18</p> <p>同意が得られない利用者についてのみ算定できないが、その場合も可能な限り栄養管理に努めていただくことが望ましい。</p>	
		<p>&lt;栄養マネジメント加算&gt;</p> <p>入院又は外泊により食事の提供が行われない日について、栄養マネジメント加算を算定できるのか。</p> <p>17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /24</p> <p>入院又は外泊期間中は栄養マネジメント加算は算定できない。</p>	
		<p>&lt;運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算について&gt;</p> <p>運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /90</p> <p>多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。</p>	

【加算】経口移行加算			
			<p>チ 経口移行加算 28単位</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注5を算定している場合は、算定しない。</p> <p>注2 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。</p>
			<p>(25) 経口移行加算について</p> <p>① 経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハマまでの通り、実施するものとする。</p> <p>イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること(栄養ケア計画と一体のものとして作成すること)。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>ロ 当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。</p> <p>ハ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあつては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。</p>

		<p>② 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。</p> <p>イ 全身状態が安定していること(血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。)</p> <p>ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。</p> <p>ハ 嚥下反射が見られること(唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上認められること。)</p> <p>ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。</p> <p>③ 経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できないものとする。</p> <p>④ 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算について&gt;</p> <p>経口移行加算の算定に当たっては、管理栄養士の配置は必須なのか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /91</p> <p>本加算の算定要件としては管理栄養士の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算について、180日の起算はどこからなのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /75</p> <p>1 経口移行加算については、経口移行計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得た日から算定するものとする。</p> <p>2. なお、計画作成日が9月30日以前の場合、180日間の期間の算定は、当該加算に係る法令の施行が10月1日であることから、10月1日から起算することとする。</p> <p>3 また、当該加算について、平成17年10月1日時点における既入所者については、平成17年10月分に限り、平成17年10月中に同意がとれていれば、平成17年10月1日に遡り算定できることとする。</p>	

		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>(経管から経口への移行を評価する場合)経口移行加算について180日時点で経口摂取が一切認められない場合、算定不可となるのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /76</p> <p>御指摘のとおりであるが、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要として医師の指示を受けた者に対して行うこととするため、経口移行がこれ以上進まない医師が判断した方についても算定することはできない。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算について、180日算定後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間をあけて再度経口摂取に移行するための栄養管理を実施する場合には、再度180日を限度として加算を算定可能か。それとも、当該加算は入所者一人につき一度しか算定できないのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /77</p> <p>入所者一人につき、一入所一度のみの算定となる。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算について、すべて経口に移行して、順調に食べ続けていても算定は可能か。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /78</p> <p>経口移行加算の算定期間は、経口からの食事が可能となり経管栄養を終了した日までの期間とする。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算について、身体状態の変化により経口と経管摂取を繰り返すケースでは、毎回加算は算定可能なのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /79</p> <p>1. 経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管栄養を終了した日までの期間とするがその期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して180日以内の期間に限る。 2. 180日間にわたり算定した後、疾病等により、経口による食事の摂取に移行するための栄養管理を中断しなければならなかった場合でも、病状が改善し、引き続き経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要と医師が判断する場合には算定可能とする。</p>	

		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算について、身体状態の変化により経口と経管摂取を繰り返すケースでは、毎回加算は算定可能なのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /79</p> <p>1. 経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管栄養を終了した日までの期間とするがその期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して180日以内の期間に限る。 2. 180日間にわたり算定した後、疾病等により、経口による食事の摂取に移行するための栄養管理を中断しなければならなかった場合でも、病状が改善し、引き続き経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要と医師が判断する場合には算定可能とする。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算について、180日以降も一部経口摂取可能であり継続して栄養管理が必要な者は引き続き算定可能とあるが、その場合は無期限に算定可能なのか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /80</p> <p>経口移行が進むと医師が判断する期間中は算定可能である。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>糖尿病患者で経管栄養をしている者に経口移行のための栄養管理を行った場合、経口移行加算と療養食加算の両方が算定可能なか。 17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /81</p> <p>算定可能である。</p>	
		<p>&lt;食費関係&gt;</p> <p>経管栄養について提供されている濃厚流動食が薬価収載されている場合には、特別食加算及び基本食事サービス費は算定できなかったが、今回新たに設けられた栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算、経口移行加算は算定できるか。 17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /16</p> <p>それぞれの要件を満たすのであれば算定できる。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>経口移行加算を適用する場合の医師の指示について、利用者の主治医及び施設の配置医師のいずれでもかまわないと考えてよいか。 17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /19</p> <p>配置医師による判断を原則とし、必要に応じてケアカンファレンス等を通じ、主治医より情報提供を受けるなどの対応をされたい。</p>	

		<p>&lt;「経口移行加算」の見直し関係&gt;                  言語聴覚士又は看護職員による支援とは何か。                  27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(平成27年4月1日)」の送付について /121</p> <p>入所者等の誤嚥を防止しつつ、経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における特別な配慮のことをいう。</p>	
		<p>&lt;運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算について&gt;                  運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。                  3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /90</p> <p>多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。</p>	
<p>【加算】 経口維持加算</p>			
		<p>リ 経口維持加算                  (1) 経口維持加算(I) 400単位                  (2) 経口維持加算(II) 100単位</p> <p>注1 (1)については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥(えん)が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注5又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。</p> <p>注2 (2)については、協力歯科医療機関を定めている介護老人保健施設が、経口維持加算(I)を算定している場合であつて、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p>	
		<p>経口維持加算の基準                  イ 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号、第十四号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。                  ロ 入所者又は入院患者の摂食若しくは嚥(えん)下機能が医師の判断により適切に評価されていること。                  ハ 誤嚥(えん)等が発生した場合の管理体制が整備されていること。                  ニ 食形態に係る配慮など誤嚥(えん)防止のための適切な配慮がされていること。                  ホ ロからニまでについて医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施するための体制が整備されていること。</p>	

		<p>① 経口維持加算(Ⅰ)については、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。</p> <p>イ 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害(食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。)を有し、水飲みテスト(「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト(food test)」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る(以下同じ。))。</p>	
		<p>ロ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。</p> <p>② 経口維持加算(Ⅱ)における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師(指定介護老人福祉施設基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。</p> <p>③ 経口維持加算(Ⅰ)及び経口維持加算(Ⅱ)の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加すべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。</p> <p>④ 管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。</p>	
		<p>&lt;経口維持加算&gt;          経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中に入れることは可能か。          18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 73</p> <p>当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。</p>	



		<p>&lt;経口維持加算&gt;</p> <p>経口維持加算の算定のためには、医師の診断書は必要か。医師の所見等でよいか。</p> <p>18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 74</p> <p>医師の所見でよい。摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておくこと。</p>	
		<p>&lt;経口維持加算&gt;</p> <p>経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」とは具体的にどのようなことか。</p> <p>18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 75</p> <p>1 例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要である。</p> <p>注)刻み食は、程度にもよるが、咀嚼に障害があっても食塊形成・移送には問題ないといった方以外には不適切。また、①食物は柔らかいか、②適度な粘度があってバラバラになりにくい、③口腔や咽頭を通過するときに変形しやすいか、④べたついていないか(粘膜につきにくい)、などの観点を踏まえ、個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。</p> <p>2 また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切でない。</p> <p>3 摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの適切な体位に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペースなどにも配慮することが必要である。</p>	
		<p>&lt;経口維持加算について&gt;</p> <p>経口維持加算の算定に当たっては、管理栄養士や看護師の配置は必須なのか。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ &amp; A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について / 93</p> <p>本加算の算定要件としては管理栄養士や看護師の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。</p>	

		<p>&lt;経口維持加算&gt;</p> <p>経口維持加算について、ビデオレントゲン撮影や内視鏡検査を行った場合、費用は利用者の負担となると考えてよろしいか。 21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.2) / 6</p> <p>造影撮影(造影剤使用撮影)の場合、老人性認知症疾患療養病床以外の介護保険施設に入所している者については、当該検査を実施した医療機関がその費用を医療保険で算定可能である。 また、内視鏡検査(喉頭ファイバースコープ)の場合、指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設入所者については、医療保険で算定可能である。 なお、歯科医療については、医学管理等を除いて、医科の場合のような往診、通院についての施設療養と保険診療の調整の措置は採られていないこと。</p>	
		<p>&lt;経口維持加算&gt;</p> <p>指示を行う歯科医師は、対象者の入所(入院)している施設の歯科医師でなければいけないか。 24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ &amp; A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について / 191 対象者の入所(入院)している施設に勤務する歯科医師に限定していない。</p>	
		<p>&lt;運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算について&gt;</p> <p>運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ &amp; A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について / 90</p> <p>多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。</p>	
		<p>&lt;経口維持加算について&gt;</p> <p>水飲みテストとはどのようなものか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ &amp; A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について / 94</p> <p>経口維持加算は、入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていることが必要である。代表的な水飲みテスト法である窪田の方法(窪田俊夫他:脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について。総合リハ、10(2):271-276、1982)をお示しする。</p>	

		<p>&lt;経口維持加算&gt;</p> <p>経口維持加算(Ⅰ)の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価(水飲みテストなど)で嚥下機能評価している場合でも可能か。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /73</p> <p>現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト(「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト(food test)」、「改訂水飲みテスト」等を含む。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。)等により誤嚥が認められる場合に算定出来るものである。</p>	
		<p>&lt;経口維持加算について&gt;</p> <p>原則、6月以内に限るとする算定要件が廃止されたが、6月を超えた場合の検査やおおむね1月ごとの医師又は歯科医師の指示も不要となるか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /92</p> <p>原則、6月以内に限るとする算定要件の廃止に伴い、6月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等やおおむね1月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件は廃止となったものの、月1回以上行うこととされている食事の観察及び会議等において、検査や誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理を行う必要性について検討し、必要に応じて対応されたい。</p>	
【加算】 口腔衛生管理加算			
		<p>又 口腔(くう)衛生管理加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔(くう)衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 口腔(くう)衛生管理加算(Ⅰ) 90単位 (2) 口腔(くう)衛生管理加算(Ⅱ) 110単位</p>	

		<p>口腔(く)衛生管理加算の基準</p> <p>イ 口腔(く)衛生管理加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔(く)衛生等の管理に係る計画が作成されていること。</p> <p>(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔(く)衛生等の管理を月二回以上行うこと。</p> <p>(3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔(く)衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。</p> <p>(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔(く)に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。</p> <p>(5) 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>ロ 口腔(く)衛生管理加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 入所者ごとの口腔(く)衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔(く)衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔(く)衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p>	
		<p>① 口腔衛生管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定するものである。</p> <p>② 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。</p> <p>③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。</p> <p>④ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。</p>	

		<p>⑤ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定(Plan)、当該決定に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>⑥ 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合には算定できない。</p>	
		<p>■LIFEへの情報提出頻度について 利用者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。 ア 新規に計画の作成を行った日の属する月 イ 計画の変更を行った日の属する月 ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回</p>	
		<p>■ LIFEへの情報提出について 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1(口腔衛生管理加算 様式(実施計画))にある「要介護度・病名等」、「かかりつけ歯科医」「入れ歯の使用」、「食形態」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「口腔に関する問題点(スクリーニング)」、「口腔衛生の管理内容(アセスメント)(実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。)」及び「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」の各項目に係る情報をすべて提出すること。</p>	
		<p>&lt;口腔衛生管理加算について&gt;</p> <p>口腔衛生管理加算における「歯科衛生士」とは、施設職員に限定されるのか。もしくは、協力歯科医療機関等の歯科衛生士でもよいのか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について / 96</p> <p>施設と雇用関係にある歯科衛生士(常勤、非常勤を問わない)または協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。</p>	

		<p>&lt;口腔衛生管理加算&gt;</p> <p>口腔衛生管理加算は、一人の歯科衛生士が、同時に複数の入所者に対して口腔ケアを行った場合も算定できるのか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /77</p> <p>利用者ごとに口腔ケアを行う必要がある。</p>	
		<p>&lt;口腔衛生管理加算について&gt;</p> <p>歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月2回以上実施されている場合に算定できるとされているが、月途中から介護保険施設に入所した者について、入所月は月2回に満たない場合であっても算定できるのか。満たない場合であっても算定できるのか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /97</p> <p>月途中からの入所であっても、月2回以上口腔衛生等の管理が実施されていない場合には算定できない。</p>	
		<p>&lt;口腔衛生管理加算について&gt;</p> <p>口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月2回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は2回分の実施とするのか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /98</p> <p>同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は、1回分の実施となる。</p>	
		<p>&lt;口腔衛生管理体制加算について&gt;</p> <p>口腔衛生管理体制加算の算定に当たって作成することとなっている「口腔衛生管理体制計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /84</p> <p>施設ごとに計画を作成することとなる。</p>	

【加算】療養食加算			
		<p>ル 療養食加算 6単位</p> <p>注 次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として、所定単位数を加算する。</p> <p>イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。</p> <p>ロ 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。</p> <p>ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において行われていること。</p>	
		<p>二十三 指定居宅サービス介護給付費単位数表の短期入所生活介護費のハの注の厚生労働大臣が定める療養食</p> <p>疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵(すい)臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食</p>	
		<p>療養食加算について</p> <p>2の(16)を準用する。なお、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能である。</p>	
		<p>(16) 療養食加算について</p> <p>① 療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、利用者等告示に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。</p> <p>② 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く。)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。</p> <p>③ 前記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。</p> <p>④ 減塩食療法等について 心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。 また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0g未満の減塩食をいうこと。</p> <p>⑤ 肝臓病食について 肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等をいうこと。</p>	

		<p>⑥ 胃潰瘍食について                  十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。</p> <p>⑦ 貧血食の対象者となる入所者等について                  療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。</p> <p>⑧ 高度肥満症に対する食事療法について                  高度肥満症(肥満度が+70%以上又はBMI(Body Mass Index)が35以上)に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができること。</p> <p>⑨ 特別な場合の検査食について                  特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。</p> <p>⑩ 脂質異常症食の対象となる入所者等について                  療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL—コレステロール値が140mg/dl以上である者又はHDL—コレステロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者であること。</p>	
		<p>&lt;経口移行加算&gt;</p> <p>糖尿病患者で経管栄養をしている者に経口移行のための栄養管理を行った場合、経口移行加算と療養食加算の両方が算定可能か。                  17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /81</p> <p>算定可能である。</p>	
		<p>&lt;療養食加算&gt;</p> <p>療養食加算について、食材料費及び調理に係る費用は含まれないと考えてよろしいか。                  17.9.7全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料 平成17年10月改定関係Q&amp;A /90</p> <p>療養食加算においては、療養食の栄養管理、特別な調理及び食材料費の費用を評価しているところである。</p>	
		<p>&lt;療養食加算&gt;</p> <p>療養食加算にかかる食事せん交付の費用は、介護報酬において評価されると解してよいか。                  17.10.27 介護制度改革information vol.37 平成17年10月改定Q&amp;A(追補版)等について /28</p> <p>御指摘のとおりである。</p>	



			<p>&lt;療養食加算(施設サービス・短期入所サービス)&gt;</p> <p>療養食加算のうち、貧血食の対象となる入所者等について、原因が鉄分の欠乏に由来する者とは。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) /18</p> <p>対象となる者は、その貧血の原因が鉄分の欠乏に由来すると医師が認める者である。</p>	
			<p>&lt;療養食加算&gt;</p> <p>療養食加算の対象となる脂質異常症の入所者等について、薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも、療養食加算を算定できるか。 21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.2) /10</p> <p>医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事せんの発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。</p>	
			<p>&lt;療養食加算について&gt;</p> <p>10時や15時に提供されたおやつは1食に含まれるか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /82</p> <p>・おやつは算定対象に含まれない。</p>	
			<p>&lt;療養食加算について&gt;</p> <p>濃厚流動食のみの提供の場合は、3食として理解してよいか。 30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /83</p> <p>・1日給与量の指示があれば、2回で提供しても3回としてよい。</p>	

【加算】 在宅復帰支援機能加算			
			<p>ヲ 在宅復帰支援機能加算 10単位</p> <p>注 イ(2)及び(3)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合にあっては、在宅復帰支援機能加算として、1日につき所定単位数を加算する。</p> <p>イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。                  ロ 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。</p>
			<p>九十一 介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおける在宅復帰支援機能加算の基準</p> <p>第七十号の規定を準用する。この場合において、同号イ中「百分の二十」とあるのは、「百分の三十」とする。</p> <p>七十 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費及び介護福祉施設サービスにおける在宅復帰支援機能加算の基準</p> <p>イ 算定日が属する月の前六月間において当該施設から退所した者(在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く。以下この号において「退所者」という。)の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が一月間を超えていた退所者に限る。)の占める割合が百分の二十を超えていること。</p> <p>ロ 退所者の退所後三十日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十八号)第一条の第二第三項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が一月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
			<p>(31) 在宅復帰支援機能加算について</p> <p>① 「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。</p> <p>退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。</p>

		<p>② 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。          イ 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助          ロ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言          ハ 家屋の改善に関する相談援助          ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助</p> <p>③ 在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。</p>	
		<p>&lt;介護老人保健施設からの在宅復帰の取扱いについて&gt;</p> <p>「居宅において介護を受けることになったもの」の取扱いとして、介護老人保健施設の退所後に居宅サービスを利用することは問題ないが、退所した当日からショートステイや(看護)小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを連日利用する場合などは、「居宅において介護を受けることになったもの」に含まれないという理解でよいか。          30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /105</p> <p>貴見のとおりである。</p>	
		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。          18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) / 68</p> <p>算定可能である。</p>	
		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するのか          18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) / 69</p> <p>各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこととなる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管しておき、指導監査時等に確認することとなる。</p>	
		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>平成20年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成21年4月から算定は可能か。          18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q&amp;A(vol.1) / 70</p> <p>加算の要件に該当すれば、算定可能である。</p>	

		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。</p> <p>18.3.22 介護制度改革information vol.78 平成18年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 71</p> <p>御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。</p>	
		<p>&lt;在宅復帰支援機能加算関係&gt;</p> <p>在宅復帰支援機能加算を算定するにあたり、退所者の総数に死亡により退所した者も含めるのか。また、算定対象となる者について、「在宅において介護を受けることになった者」とあるが、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となるのか。</p> <p>18.6.30 介護制度改革information vol.114 平成18年4月改定関係Q &amp; A(VOL5) 及び平成18年7月改定関係Q &amp; A(経過型介護療養型医療施設関係) / 3</p> <p>在宅復帰支援機能加算における退所者の総数には死亡により退所した者を含む。また、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となる。</p>	
【加算】 かかりつけ医連携薬剤調整加算			
		<p>ワ かかりつけ医連携薬剤調整加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。</p> <p>(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 100単位                  (2) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 240単位                  (3) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 100単位</p>	

	<p>九十一の二 介護保健施設サービスにおけるかかりつけ医連携薬剤調整加算の基準</p> <p>イ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。                  (1) 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。                  (2) 入所後一月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること。                  (3) 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。</p> <p>ロ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。                  (1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)を算定していること。                  (2) 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>ハ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。                  (1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定していること。                  (2) 当該入所者に六種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて一種類以上減少させること。                  (3) 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて一種類以上減少していること。</p>	
	<p>(29) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)について</p> <p>① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)は、入所者の薬物療法について、入所中の総合的な評価並びに入所時及び退所時における当該入所者の主治の医師との連携を評価するものであること。</p> <p>② 入所後1月以内に、別紙様式8を参考に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましいこと。</p> <p>③ 入所中は、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行うこと。</p> <p>④ 総合的な評価及び変更にあたっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」(厚生労働省)、「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))」(厚生労働省)及び日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)等を参考にすること。</p> <p>⑤ 退所時又は退所後1月以内に、別紙様式9を参考に、評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合に、当該入所者一人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。</p>	

⑥ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していること。ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。また、令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定(令和3年4月以降、受講申込書などを持っている場合)であれば、研修を受講した者とみなすが、10月31日までに研修を受講していない場合には、4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。

⑦ 令和3年3月31日までに入所した者について、処方内容の変更について主治の医師と合意しており、③、⑤及び⑥を満たす場合は、算定できる。

(30) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)について

① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。

② 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。

③ 厚生労働省への情報の提出は、入所期間が3月を超えると見込まれる入所者について、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討(Plan)、当該検討に基づく処方(Do)、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価(Check)、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

(31) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)について

① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと。

② 内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入所者に対して、入所中に当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整を行い、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させ、かつ、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ継続して1種類以上減少している場合に、当該入所者一人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。

③ 入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。

④ 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

⑤ 当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

		<p>&lt;かかりつけ医連携薬剤調整加算&gt;</p> <p>かかりつけ医連携薬剤調整加算については、介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していることとされているが、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本病院薬剤師会などの団体が開催する研修において、高齢者の薬物療法に関する内容として、加齢に伴う身体機能・薬物動態の変化、慎重な投与を要する医薬品等の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /105</p> <p>・差し支えない。</p> <p>・なお、研修を受けた常勤の薬剤師は、入所者やその家族、他職種等から薬剤やその影響等の情報収集を行い、必要な情報を医師に報告するとともに、処方変更の具体的な提案や副作用の発現モニタリング、処方変更後の経過確認、退所に向けた用法整理等の提案等を行うこと。</p>	
<p>【加算】 緊急時施設療養費</p>			
		<p>カ 緊急時施設療養費</p> <p>入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定する。</p> <p>(1) 緊急時治療管理(1日につき) 518単位  注1 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。  注2 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度として算定する。</p> <p>(2) 特定治療  注 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定する。</p>	
		<p>六十七 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護保健施設サービスのカ(2)の厚生労働大臣が定めるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療</p> <p>第二十八号に規定するリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療</p>	

二十八 指定居宅サービス介護給付費単位数表の短期入所療養介護費のイ(7)(二)の注及びホ(9)口の注の厚生労働大臣が定めるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療

医科診療報酬点数表第二章第七部により点数の算定されるリハビリテーション、同章第九部により点数の算定される処置(同部において医科診療報酬点数表の例によるとされている診療のうち次に掲げるものを含む。)、同章第十部により点数の算定される手術及び同章第十一部により点数の算定される麻酔のうち、次に掲げるものとする。

イ 第七部リハビリテーションに掲げるリハビリテーションのうち次に掲げるもの

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(言語聴覚療法に係るものに限る。)
- (2) 摂食機能療法
- (3) 視能訓練

ロ 第九部処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

- (1) 一般処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
  - (一) 創傷処置(六千平方センチメートル以上のもの(褥(じよく)瘡(そう)に係るものを除く。)を除く。)
  - (二) 熱傷処置(六千平方センチメートル以上のものを除く。)
  - (三) 重度褥(じよく)瘡(そう)処置
  - (四) 長期療養患者褥(じよく)瘡(そう)等処置
  - (五) 精神病棟等長期療養患者褥(じよく)瘡(そう)等処置
  - (六) 爪(そう)甲除去(麻酔を要しないもの)
  - (七) 穿(せん)刺排膿後薬液注入
  - (八) 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置
  - (九) ドレーン法(ドレナージ)
  - (十) 頸(けい)椎、胸椎又は腰椎穿(せん)刺
  - (十一) 胸腔(くう)穿(せん)刺(洗浄、注入及び排液を含む。)
  - (十二) 腹腔(くう)穿(せん)刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。)
  - (十三) 喀(かく)痰(たん)吸引
  - (十四) 干渉低周波去痰(たん)器による喀(かく)痰(たん)排出
  - (十五) 高位浣(かん)腸、高圧浣(かん)腸、洗腸
  - (十六) 摘便
  - (十七) 腰椎麻酔下直腸内異物除去
  - (十八) 腸内ガス排気処置(開腹手術後)
  - (十九) 酸素吸入
  - (二十) 突発性難聴に対する酸素療法
  - (二十一) 酸素テント
  - (二十二) 間歇(けつ)的陽圧吸入法
  - (二十三) 体外式陰圧人工呼吸器治療
  - (二十四) 肛(こう)門拡張法(徒手又はブジーによるもの)
  - (二十五) 非還納性ヘルニア徒手整復法
  - (二十六) 痔(じ)核嵌(かん)頓(とん)整復法(脱肛(こう)を含む。)



		<p>(2) 救急処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 救命のための気管内挿管  (二) 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法  (三) 人工呼吸  (四) 非開胸的心マッサージ  (五) 気管内洗浄  (六) 胃洗浄</p> <p>(3) 皮膚科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 皮膚科軟膏(こう)処置  (二) いぼ焼灼(しやく)法  (三) イオントフォレーゼ  (四) 臍(さい)肉芽腫切除術</p> <p>(4) 泌尿器科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 膀胱(ぼう)胱(こう)洗浄(薬液注入を含む。)  (二) 後部尿道洗浄(ウルツマン)  (三) 留置カテーテル設置  (四) 嵌(かん)頓(とん)包茎整復法(陰茎絞扼(やく)等)</p> <p>(5) 産婦人科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 膣(ちつ)洗浄(熱性洗浄を含む。)  (二) 子宮頸(けい)管内への薬物挿入法</p> <p>(6) 眼科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 眼処置  (二) 義眼処置  (三) 睫(しよう)毛抜去  (四) 結膜異物除去</p> <p>(7) 耳鼻咽喉科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 耳処置(点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢(こう)栓除去を含む。)  (二) 鼻処置(鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。)  (三) 口腔(くう)、咽頭処置  (四) 関節喉頭鏡下喉頭処置(喉頭注入を含む。)  (五) 鼻出血止血法(ガーゼタンポン又はバルーンによるもの)  (六) 耳垢(こう)栓塞除去(複雑なもの)  (七) ネブライザー  (八) 超音波ネブライザー</p> <p>(8) 整形外科的処置に掲げる処置(鋼線等による直達牽(けん)引を除く。)</p> <p>(9) 栄養処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの</p> <p>(一) 鼻腔(くう)栄養  (二) 滋養浣(かん)腸</p>	
--	--	--	--

	<p>ハ 第十部手術に掲げる手術のうち次に掲げるもの</p> <p>(1) 創傷処理(長径五センチメートル以上で筋肉、臓器に達するものを除く。)  (2) 皮膚切開術(長径二十センチメートル未満のものに限る。)  (3) デブリードマン(百平方センチメートル未満のものに限る。)  (4) 爪(そう)甲除去術  (5) [ひょう](ひょう)疽(そう)手術  (6) 風棘(きよく)手術  (7) 外耳道異物除去術(極めて複雑なものを除く。)  (8) 咽頭異物摘出術  (9) 顎関節脱臼非観血的整復術</p> <p>(10) 血管露出術</p> <p>ニ 第十一部麻酔に掲げる麻酔のうち次に掲げるもの</p> <p>(1) 静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔  (2) 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入</p> <p>ホ イからニまでに掲げるリハビリテーション、処置、手術又は麻酔に最も近似するものとして医科診療報酬点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション、処置、手術及び麻酔</p>	
	<p>(32) 緊急時施設療養費に関する事項</p> <p>入所者の病状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる場合には、速やかに協力病院等の病院へ入院させることが必要であるが、こうした場合であっても、介護老人保健施設において緊急その他やむを得ない事情により施設療養を行うときがあるので、緊急時施設療養費は、このような場合に行われる施設療養を評価するために設けられていること。</p> <p>① 緊急時治療管理</p> <p>イ 緊急時治療管理は、入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、1日につき511単位を算定すること。</p> <p>ロ 緊急時治療管理は、1回に連続する3日を限度とし、月1回に限り算定するものであるため、例えば、1月に連続しない2日を3回算定することは認められないものであること。</p> <p>ハ また、緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定することはできないこと。</p> <p>ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。</p> <p>a 意識障害又は昏睡  b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪  c 急性心不全(心筋梗塞を含む。)  d ショック  e 重篤な代謝障害  f その他薬物中毒等で重篤なもの</p> <p>② 特定治療</p> <p>イ 特定治療は、介護老人保健施設においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じた額を算定すること。</p> <p>ロ 算定できないものは、利用者等告示第67号に示されていること。</p> <p>ハ ロの具体的取扱いは、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。</p>	

		<p>&lt;特定治療&gt;</p> <p>緊急時施設療養費のうち特定治療として算定できない項目から「湿布処置」が削除されたが、「湿布処置」は特定治療として算定できるか。 15.5.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.151 介護報酬に係るQ&amp;A /7</p> <p>特定治療については、特定治療として算定できないリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療が定めており、算定できないものの取扱いは、診療報酬点数表の取扱いの例によるものとしている。 平成15年の改正により、特定治療として算定できないリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療から「湿布処置」は削除されたが、当該処置は診療報酬上「整形外科的処置に揚げる処置」に含まれていることから、従来どおり、特定治療として算定できない。</p>	
		<p>&lt;介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定&gt;</p> <p>平成20年度の診療報酬改定により、療養病床等から転換した介護老人保健施設に併設される医療機関の医師による一定要件下で行われる往診を評価する「緊急時施設治療管理料」が創設された。一方、従来から介護老人保健施設が算定できる緊急時施設療養費を算定するための医療行為を行う医師とは、当該介護老人保健施設の医師を指すものか。 20.4.21 事務連絡 介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&amp;A /13</p> <p>そのとおり。</p>	
<p><b>【加算】 所定疾患施設療養費</b></p>			
		<p>ヨ 所定疾患施設療養費(1日につき)</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、別に厚生労働大臣が定める入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を行った場合に限る。)は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる所定単位数を算定する。ただし、次に掲げるいずれかの施設療養費を算定している場合においては、次に掲げるその他の施設療養費は算定しない。 (1) 所定疾患施設療養費(Ⅰ) 239単位 (2) 所定疾患施設療養費(Ⅱ) 480単位</p> <p>注2 所定疾患施設療養費(Ⅰ)は同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定し、所定疾患施設療養費(Ⅱ)は同一の入所者について1月に1回、連続する10日を限度として算定する。</p> <p>注3 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。</p>	

		<p>九十二 介護保健施設サービスにおける所定疾患施設療養費の基準</p> <p>イ 介護保健施設サービスにおける所定疾患施設療養費(Ⅰ)の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。                  (1) 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等(近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。)の内容等を診療録に記載していること。                  (2) 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。</p> <p>ロ 介護保健施設サービスにおける所定疾患施設療養費(Ⅱ)の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。                  (1) 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等(近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。)を診療録に記載していること。                  (2) 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。                  (3) 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。</p>	
		<p>六十八 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護保健施設サービスのヨの注1の厚生労働大臣が定める入所者</p> <p>次のいずれかに該当する者                  イ 肺炎の者                  ロ 尿路感染症の者                  ハ 带状疱疹(ほう)疹(しん)の者                  ニ 蜂(ほう)窩(か)織炎の者</p>	
		<p>(33) 所定疾患施設療養費(Ⅰ)について</p> <p>① 所定疾患施設療養費(Ⅰ)は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する7日を限度とし、月1回に限り算定するものであるため、1月に連続しない1日を7回算定することは認められないものであること。</p> <p>② 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。</p> <p>③ 所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。                  イ 肺炎                  ロ 尿路感染症                  ハ 带状疱疹                  ニ 蜂窩織炎</p> <p>④ 肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。</p> <p>⑤ 算定する場合にあつては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。</p> <p>⑥ 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。</p>	

		<p>(34) 所定疾患施設療養費(Ⅱ)について</p> <p>① 所定疾患施設療養費(Ⅱ)については、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する10日を限度とし、月1回に限り算定するものであるため、1月に連続しない1日を10回算定することは認められないものであること。</p> <p>② 所定疾患施設療養費(Ⅱ)と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。</p> <p>③ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。          イ 肺炎          ロ 尿路感染症          ハ 带状疱疹          ニ 蜂窩織炎</p> <p>④ 肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。</p> <p>⑤ 算定する場合にあつては、診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。</p> <p>また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。</p> <p>⑥ 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。</p> <p>⑦ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容(肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌)を含む研修を受講していること。ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。</p>	
		<p>&lt;所定疾患施設療養費&gt;</p> <p>平成24年度から算定を開始する場合は、前年度実績の報告は必要ないのか。          24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /209</p> <p>必要ない。</p>	
		<p>&lt;所定疾患施設療養費&gt;</p> <p>4月28日から30日の3日間に引き続き、5月1日から4日の4日間に算定した後、5月中に再度算定できるのか。          24.3.16 事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について /210</p> <p>算定できない。</p>	

		<p>&lt;所定疾患施設療養費&gt;</p> <p>所定疾患施設療養費(Ⅱ)については、介護老人保健施設の医師が、感染症対策に関する内容(肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌)を含む研修を受講していることとされているが、公益社団法人全国老人保健施設協会などの団体が開催する研修において、感染症対策に関する内容として、肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。</p> <p>3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について /43</p> <p>差し支えない。</p>	
		<p>&lt;所定疾患施設療養費について&gt;</p> <p>所定疾患施設療養費(Ⅱ)の感染症対策に関する内容を含む研修について、併設医療機関や医師が管理する介護老人保健施設内の研修でもよいか。</p> <p>30.4.13 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(平成30年4月13日)」の送付について /4</p> <p>当該研修については、公益社団法人全国老人保健施設協会や医療関係団体等が開催し、修了証が交付される研修である必要がある。</p>	
<p>【加算】 認知症専門ケア加算</p>			
		<p>タ 認知症専門ケア加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位</p> <p>(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位</p>	
		<p>認知症専門ケア加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 事業所又は施設における利用者、入所者又は入院患者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下この号において「対象者」という。)の占める割合が二分の一以上であること。</p> <p>(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が二十人未満である場合にあっては一以上、当該対象者の数が二十人以上である場合にあっては一に当該対象者の数が十九を超えて十又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。</p> <p>(3) 当該事業所又は施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。</p>	

		<p>認知症専門ケア加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イの基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。</p> <p>(3) 当該事業所又は施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。</p>	
		<p>① 「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する入居者を指すものとする。</p> <p>② 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。</p> <p>③ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>④ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。</p>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>加算対象となる者が少ない場合でも、認知症専門ケア加算Ⅱを算定するためには認知症介護実践リーダー研修修了者1名と認知症介護指導者研修修了者1名の合計2名の配置が必要か。</p> <p>21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.2) / 40</p> <p>加算対象となる者が10名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が1名配置されていれば認知症専門ケア加算Ⅱを算定できるものとする。</p>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>認知症専門ケア加算の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。</p> <p>3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について / 29</p> <p>・現時点では、以下のいずれかの研修である。</p> <p>① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修</p> <p>② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程</p> <p>③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」</p> <p>・ただし、③については認定証が発行されている者に限る。</p>	

		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;                  認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。                  3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /30</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。</li> <li>・医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。</li> <li>・これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。</li> </ul>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;                  認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。                  3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /31</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。</li> <li>・なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所1か所のみである。</li> </ul>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;                  認知症専門ケア加算(Ⅱ)の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかまわないか。                  3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /32</p> <p>認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。</p>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;                  認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。                  3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /33</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修(認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修)の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成20年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。</li> <li>・従って、加算対象となる者が20名未満の場合にあつては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者(認知症介護実践リーダー研修の未受講者)1名の配置で認知症専門ケア加算Ⅱを算定できることとなる。</li> </ul>	



		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。</p> <p>3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /34</p> <p>本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体の実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。</p>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」(平成12年9月5日老発第623号)及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成12年10月25日老計第43号)において規定する専門課程を修了した者も含むのか。</p> <p>3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /35</p> <p>含むものとする。</p>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>認知症専門ケア加算における「技術的指導に係る会議」と、特定事業所加算やサービス提供体制強化加算における「事業所における従業者の技術指導を目的とした会議」が同時期に開催される場合であって、当該会議の検討内容の1つが、認知症ケアの技術的指導についての事項で、当該会議に登録ヘルパーを含めた全ての訪問介護員等や全ての従業者が参加した場合、両会議を開催したものと考えてよいのか。</p> <p>3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /36</p> <p>貴見のとおりである。</p>	
		<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>認知症専門ケア加算の算定要件について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が1/2以上であることが求められているが、算定方法如何。</p> <p>3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について /37</p> <p>・認知症専門ケア加算の算定要件である認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合については、届出日が属する月の前3月間の利用者数で算定することとし、利用者数は利用実人員数又は利用延人員数を用いる。例えば、以下の例の場合の前3月の平均は次のように計算する。</p> <p>・なお、計算に当たって、          一(介護予防)訪問入浴介護の場合は、本加算は要支援者(要介護者)に関しても利用者数に含めること          一 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護(Ⅱ)(包括報酬)の場合は、利用実人員数(当該月に報酬を算定する利用者)を用いる(利用延人員数は用いない)ことに留意すること。</p> <p>※次ページ参照</p>	

			<p>&lt;認知症専門ケア加算&gt;</p> <p>認知症専門ケア加算(Ⅱ)を算定するためには、当該加算(Ⅰ)の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。</p> <p>3.3.29 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(令和3年3月29日)」の送付について / 38</p> <p>必要ない。例えば加算の対象者が20名未満の場合、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者</li> <li>・認知症看護に係る適切な研修を修了した者のいずれかが1名配置されていれば、認知症専門ケア加算(Ⅱ)を算定することができる。</li> </ul> <p>※ 平成21年4月改定関係Q&amp;A(vol.2)(平成21年4月17日)問40は削除する。</p>																										
			<p>(研修修了者の人員配置例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="4">加算対象者数</th> </tr> <tr> <th>～19</th> <th>20～29</th> <th>30～39</th> <th>..</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">必要な研修 修了者の 配置数</td> <td>「認知症介護に係る専門的な研修」</td> <td rowspan="3">1</td> <td rowspan="3">2</td> <td rowspan="3">3</td> <td rowspan="3">..</td> </tr> <tr> <td>認知症介護実践リーダー研修</td> </tr> <tr> <td>認知症看護に係る適切な研修</td> </tr> <tr> <td>「認知症介護の指導に係る専門的な研修」</td> <td rowspan="3">1</td> <td rowspan="3">1</td> <td rowspan="3">1</td> <td rowspan="3">..</td> </tr> <tr> <td>認知症介護指導者養成研修</td> </tr> <tr> <td>認知症看護に係る適切な研修</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。</p>			加算対象者数				～19	20～29	30～39	..	必要な研修 修了者の 配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」	1	2	3	..	認知症介護実践リーダー研修	認知症看護に係る適切な研修	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」	1	1	1	..	認知症介護指導者養成研修	認知症看護に係る適切な研修	
		加算対象者数																											
		～19	20～29	30～39	..																								
必要な研修 修了者の 配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」	1	2	3	..																								
	認知症介護実践リーダー研修																												
	認知症看護に係る適切な研修																												
	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」	1	1	1	..																								
	認知症介護指導者養成研修																												
	認知症看護に係る適切な研修																												

((介護予防) 訪問入浴介護の例)					
	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度	利用実績(単位:日)		
			1月	2月	3月
利用者①	なし	要支援2	5	4	5
利用者②	I	要介護3	6	5	7
利用者③	II a	要介護3	6	6	7
利用者④	III a	要介護4	7	8	8
利用者⑤	III a	要介護4	5	5	5
利用者⑥	III b	要介護4	8	9	7
利用者⑦	III b	要介護3	5	6	6
利用者⑧	IV	要介護4	8	7	7
利用者⑨	IV	要介護5	5	4	5
利用者⑩	M	要介護5	6	6	7
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上合計			44	45	45
合計(要支援者を含む)			61	60	64
<p>① 利用実人員数による計算(要支援者を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の総数=10人(1月)+10人(2月)+10人(3月)=30人</li> <li>・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の数=7人(1月)+7人(2月)+7人(3月)=21人</li> </ul> <p>したがって、割合は<math>21人 \div 30人 = 70.0\%</math>(小数点第二位以下切り捨て) <math>\geq 1/2</math></p> <p>② 利用延人員数による計算(要支援者を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の総数=61人(1月)+60人(2月)+64人(3月)=185人</li> <li>・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の数=44人(1月)+45人(2月)+45人(3月)=134人</li> </ul> <p>したがって、割合は<math>134人 \div 185人 = 72.4\%</math>(小数点第二位以下切り捨て) <math>\geq 1/2</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の例は、利用実人員数、利用延人員数ともに要件を満たす場合であるが、①又は②のいずれかで要件を満たせば加算は算定可能である。</li> <li>・ なお、利用実人員数による計算を行う場合、月途中で認知症高齢者の日常生活自立度区分が変更になった場合は月末の認知症高齢者の日常生活自立度区分を用いて計算する。</li> </ul>					
<b>【加算】 認知症行動・心理症状緊急対応加算</b>					
<p>レ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位</p> <p>注 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。</p>					

		<p>① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。</p> <p>② 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人福祉施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。</p> <p>③ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。</p> <p>④ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。</p> <p>⑤ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できないものであること。</p> <p>a 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者</p> <p>c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者</p> <p>⑥ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。</p> <p>⑦ 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。</p> <p>⑧ 当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算(他サービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定できることとする。</p>	
		<p>&lt;認知症行動・心理症状緊急対応加算 &gt;</p> <p>入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、7日分算定が可能か。</p> <p>21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 110</p> <p>当初の入所予定期間も含め、認知症行動・心理症状により緊急に入所した日から7日間以内で算定できる。</p>	

			<p>&lt;認知症行動・心理症状緊急対応加算 &gt;</p> <p>入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 111</p> <p>本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象とならない。</p>	
【加算】 認知症情報提供加算				
			<p>ソ 認知症情報提供加算 350単位</p> <p>注 過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、別に厚生労働大臣が定める機関に当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき入所期間中に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関(認知症疾患医療センター及びこれに類する保険医療機関を除く。)に対する紹介を行った場合は算定しない。</p>	
			<p>七十 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護保健施設サービスのソの注の厚生労働大臣が定める機関</p> <p>次のいずれかに該当する機関 イ 認知症疾患医療センター ロ 認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関</p>	

		<p>(37) 認知症情報提供加算について</p> <p>① 「認知症の原因疾患に関する確定診断」とは、脳血管疾患、アルツハイマー病等、認知症の原因疾患が特定されたことをいう。</p> <p>② 「認知症のおそれがある」とは、MMSE(Mini Mental State Examination)においておおむね23点以下、又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)においておおむね20点以下といった認知機能の低下を認め、これにより日常生活に支障が生じている状態をいう。</p> <p>③ 「施設内での診断が困難」とは、介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の設備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内での認知症の鑑別診断等が困難であると判断した場合を指すものである。</p> <p>④ 「診療状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書をいう。</p> <p>⑤ 「これに類する保険医療機関」とは、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のいずれの要件も満たす保険医療機関をいう。</p> <p>イ 認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした経験(10年以上)を有する医師がいること。</p> <p>ロ コンピューター断層撮影装置(CT)及び磁気共鳴画像検査(MRI)の両方を有する、又は認知症疾患医療センターの運営事業実施要綱に定める要件を満たしており、かつ認知症疾患医療センターに関する申請届出を都道府県若しくは政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示しかつ何らかの具体的な手続きを行っている都道府県若しくは政令指定都市が認めるもの。</p> <p>ハ 併設の介護老人保健施設に認知症専門棟があること。</p> <p>⑥ 「認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関」とは、認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うにつき必要な医師が配置され、十分な体制が整備されている保険医療機関である。ここでいう必要な医師の配置とは、専任の認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした10年以上の臨床経験を有する医師が1名以上配置されていることをいい、十分な体制とは、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、CT又はMRIを有していることをいう。</p>	
<p><b>【加算】 地域連携診療計画情報提供加算</b></p>			
		<p>ツ 地域連携診療計画情報提供加算 300単位</p> <p>注 医科診療報酬点数表の退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。</p>	

			<p>(38) 地域連携診療計画情報提供加算について</p> <p>① 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定する保険医療機関(以下「計画管理病院」という。)において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間(以下本区分において「総治療期間」という。)、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものである。</p> <p>② 当該加算は、以下の疾患について、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定するものである。</p> <p>イ 大腿骨頸部骨折(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。)</p> <p>ロ 脳卒中(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。)</p> <p>③ 当該加算は、計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、算定する。</p> <p>④ また、当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。</p> <p>イ あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されていること。</p> <p>ロ イについて、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。</p>	

【加算】 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算			
		<p>ネ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位</p> <p>注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>(1) 入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。</p> <p>(2) 必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p>	
		<p>(39) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算について</p> <p>① 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>② サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成(Plan)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとにを行うものであること。</p> <p>③ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>	
		<p>&lt;リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算&gt;</p> <p>リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)別紙様式2-2-1及び2-2-2(リハビリテーション計画書)にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過(原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動(基本動作、活動範囲など)」、「活動(ADL)」、「リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)」、「リハビリテーションの長期目標」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、及び「リハビリテーションサービス(目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を全て提出しフィードバックを受けることができる。このフィードバック情報を活用することで、利用者等の状態やケアの実績の変化等を踏まえたケア計画等の見直し・改善を行った場合は、別紙様式2-1から2-5までに係るその他の情報を提出していない場合であっても算定可能と考えて差し支えないか。</p> <p>3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について / 42</p> <p>差し支えない。</p>	



		<p>&lt;科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理(Ⅱ)、排せつ支援加算、自立支援促進加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)、薬剤管理指導の注2の加算、栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算、口腔衛生管理加算(Ⅱ)、口腔機能向上加算(Ⅱ)について&gt;</p> <p>LIFEに提出すべき情報は「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。</p> <p>3.4.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.5)(令和3年4月9日)」の送付について / 4</p> <p>・「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。</p> <p>・ただし、同通知はあくまでもLIFEへの提出項目をお示したものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。</p>	
【加算】 褥瘡マネジメント加算			
		<p>ナ 褥(じよく)瘡(そう)マネジメント加算</p> <p>注 イ(1)、ロ(1)について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥(じよく)瘡(そう)管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき、所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 褥(じよく)瘡(そう)マネジメント加算(Ⅰ) 3単位 (2) 褥(じよく)瘡(そう)マネジメント加算(Ⅱ) 13単位</p>	

		<p>七十一の二 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、看護小規模多機能型居宅介護費、介護福祉施設サービス及び介護保健施設サービスにおける褥(じよく)瘡(そう)マネジメント加算の基準</p> <p>イ 褥(じよく)瘡(そう)マネジメント加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 入所者又は利用者ごとに褥(じよく)瘡(そう)の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥(じよく)瘡(そう)管理の実施に当たって、当該情報その他褥(じよく)瘡(そう)管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>(2) (1)の評価の結果、褥(じよく)瘡(そう)が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥(じよく)瘡(そう)管理に関する褥(じよく)瘡(そう)ケア計画を作成していること。</p> <p>(3) 入所者又は利用者ごとの褥(じよく)瘡(そう)ケア計画に従い褥(じよく)瘡(そう)管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。</p> <p>(4) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥(じよく)瘡(そう)ケア計画を見直していること。</p> <p>ロ 褥(じよく)瘡(そう)マネジメント加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)から(4)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥(じよく)瘡(そう)が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥(じよく)瘡(そう)の発生のないこと。</p>	
		<p>① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく褥瘡管理の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(35)において「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の2イに掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。</p> <p>③ 大臣基準第71号の2イ(1)の評価は、別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。</p> <p>④ 大臣基準第71号の2イ(1)の施設入所時の評価は、大臣基準第71号の2イ(1)から(4)までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。</p> <p>⑤ 大臣基準第71号の2イ(1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>	

		<p>⑥ 大臣基準第71号の2イ(2)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5を用いて、作成すること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。</p> <p>⑦ 大臣基準第71号の2イ(3)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>⑧ 大臣基準第71号の2イ(4)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。</p> <p>その際、PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。</p> <p>⑨ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。</p> <p>ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。</p> <p>⑩ 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)は、令和3年3月31日において、令和3年度改定前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行う施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるように必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。</p> <p>⑪ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。</p>	
		<p>(1) LIFEへの情報提出頻度について 利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと(例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。)</p> <p>ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービス利用している利用者等(以下「既利用者等」という。)については、当該算定を開始しようとする月</p> <p>イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等(以下「新規利用者等」という。)については、当該サービスの利用を開始した日の属する月</p> <p>ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月(評価は少なくとも3月に1回行うものとする。)</p>	

		<p>(2) LIFEへの提出情報について</p> <p>ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5(褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。</p> <p>イ 褥瘡がある利用者等については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」に係る情報も提出すること。</p> <p>ウ 提出情報は、利用者等ごとに、以下の時点における情報とすること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(1)アに係る提出情報は、介護記録等に基づき、既利用者等ごとの利用開始時又は施設入所時における評価の情報及び当該算定開始時における情報</li> <li>・(1)イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報</li> <li>・(1)ウに係る提出情報は、当該評価時における情報</li> </ul>	
		<p>&lt;褥瘡マネジメント加算について&gt;</p> <p>褥瘡ケア計画を作成する際に参考にする、褥瘡管理に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡 予防・管理ガイドライン(平成27年 日本褥瘡学会)</li> <li>・褥瘡診療ガイドライン(平成29年 日本皮膚科学会)</li> </ul> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /86</p> <p>いずれも含まれる。</p>	
		<p>&lt;褥瘡マネジメント加算及び排泄支援加算について&gt;</p> <p>「褥瘡対策に関するケア計画書」と「排せつ支援計画書」に関して、厚生労働省が示した様式通りに記載する必要があるか。</p> <p>30.5.29 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.4)(平成30年5月29日)」の送付について /14</p> <p>「老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知」に記載の通り、厚生労働省が示した「褥瘡対策に関するケア計画書」、「排せつ支援計画書」はひな形であり、これまで施設で使用してきた施設サービス計画書等の様式にひな形同様の内容が判断できる項目が網羅されていれば、その様式を代用することができる。</p>	

			<p>&lt;褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について&gt;</p> <p>褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、施設入所後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /104</p> <p>褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、褥瘡の発生がない場合に算定可能である。施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、入所後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できる。</p>	
			<p>&lt;科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について&gt;</p> <p>サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。</li> <li>・当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。</li> <li>・一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。</li> </ul> <p>※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算</p> <p>※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算</p>	

【加算】 排せつ支援加算			
			<p>ラ 排せつ支援加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位                  (2) 排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位                  (3) 排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位</p>
			<p>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、看護小規模多機能型居宅介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおける排せつ支援加算の基準</p> <p>イ 排せつ支援加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>(2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。</p> <p>(3) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。</p> <p>ロ 排せつ支援加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。                  (一) イ(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。                  (二) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。</p> <p>ハ 排せつ支援加算(Ⅲ) イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>

			<p>① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、利用者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(27)において「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。</p>	
			<p>② 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに大臣基準第71号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護度3以上の利用者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。</p>	
			<p>③ 本加算は、全ての利用者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、利用開始時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、利用開始時において、利用者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。</p>	
			<p>④ 大臣基準第71号の3イ(1)の評価は、別紙様式6を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの3か月後の見込みについて実施する。</p>	
			<p>⑤ 大臣基準第71号の3イ(1)の利用開始時の評価は、大臣基準第71号の3イ(1)から(3)までの要件に適合しているものとして市町村長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に利用している者(以下この(27)において「既利用者」という。)については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。</p>	
			<p>⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。</p>	

		<p>⑦ 大臣基準第71号の3イ(1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>ただし、経過措置として、令和3年度中にLIFEを用いた情報の提出を開始する予定の事業所については、令和3年度末までに算定月における全ての利用者に係る評価結果等を提出することを前提とした、評価結果等の提出に係る計画を策定することで、当該月にLIFEを用いた情報提出を行っていない場合も、算定を認めることとする。</p>	
		<p>(1) LIFEへの情報提出頻度について 褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。</p> <p>(1) LIFEへの情報提出頻度について 利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと(例えば、4月の情報を5月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。)</p> <p>ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービス利用している利用者等(以下「既利用者等」という。)については、当該算定を開始しようとする月 イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等(以下「新規利用者等」という。)については、当該サービスの利用を開始した日の属する月 ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月(評価は少なくとも3月に1回行うものとする。)</p>	
		<p>(2) LIFEへの提出情報について</p> <p>ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6(排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「排せつの状態及び今後の見込み」、「排せつの状態に関する支援の必要性」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。</p> <p>イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。</p>	



			<p>⑧ 大臣基準第71号の3イ(2)の「排せつに介護を要する利用者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版(平成30年4月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。</p>	
			<p>⑨ 大臣基準第71号の3イ(2)の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。</p>	
			<p>⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の利用者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、支援計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。</p>	
			<p>⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の利用者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において利用者の尊厳が十分保持されるよう留意する。</p>	
			<p>⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、利用者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は利用者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも利用者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、利用者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。</p>	

		<p>⑬ 大臣基準第71号の3イ(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題(排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。</p> <p>その際、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。</p>	
		<p>⑭ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす事業所において、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。</p>	
		<p>⑮ 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。</p>	
		<p>⑯ 他の事業所が提供する排せつ支援に係るリハビリテーションを併用している利用者に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が当該他の事業所と連携して排せつ支援を行っていない場合は、当該利用者を排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象に含めることはできないこと。</p>	
		<p>&lt;排せつ支援加算について&gt;</p> <p>排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン(平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班)</li> <li>・男性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)</li> <li>・女性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)</li> <li>・便失禁診療ガイドライン(平成29年 日本大腸肛門病学会)</li> </ul> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について /84</p> <p>いずれも含まれる。</p>	

		<p>&lt;褥瘡マネジメント加算及び排泄支援加算について&gt;  「褥瘡対策に関するケア計画書」と「排せつ支援計画書」に関して、厚生労働省が示した様式通りに記載する必要があるか。  30.5.29 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ &amp; A (Vol.4) (平成30年5月29日)」の送付について /14</p> <p>「老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知」に記載の通り、厚生労働省が示した「褥瘡対策に関するケア計画書」、「排せつ支援計画書」はひな形であり、これまで施設で使用してきた施設サービス計画書等の様式にひな形同様の内容が判断できる項目が網羅されていれば、その様式を代用することができる。</p>	
		<p>&lt;排せつ支援加算について&gt;</p> <p>排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、1)「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。2)支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。3)「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。</p> <p>30.3.23 事務連絡「平成30年度介護報酬改定に関するQ &amp; A (Vol.1) (平成30年3月23日)」の送付について /85</p> <p>1)排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。  2)想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。  3)貴見のとおりである。</p>	
		<p>&lt;排せつ支援加算(Ⅰ)について&gt;</p> <p>排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。  3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ &amp; A (Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について /101</p> <p>排せつ支援加算(Ⅰ)は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、LIFEを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。</p>	

		<p>排せつ支援加算(Ⅱ)・(Ⅲ)について&gt;</p> <p>排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /102</p> <p>使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。</p>	
		<p>&lt;排せつ支援加算(Ⅱ)・(Ⅲ)について&gt;</p> <p>排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。 3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /103</p> <p>おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。</p>	
		<p>&lt;科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について&gt;</p> <p>サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。 3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。</li> <li>・当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。</li> <li>・一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。</li> </ul> <p>※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算 ※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算</p>	

【加算】 自立支援促進加算			
			<p>ム 自立支援促進加算 300単位</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p>
			<p>自立支援促進加算の基準</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも六月に一回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。</p> <p>ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。</p> <p>ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。</p> <p>ニ 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。</p>
			<p>① 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく自立支援の促進(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(37)において「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>② 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。</p> <p>このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。</p>

		<p>③ 本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の4に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。</p> <p>④ 大臣基準第71号の4イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式7を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。</p> <p>⑤ 大臣基準第71号の4ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式7を用いて、訓練の提供に係る事項(離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等)の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、④の医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。</p>	
		<p>⑥ 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。</p> <p>a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。</p> <p>b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。</p> <p>c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。</p> <p>d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。</p> <p>e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。</p> <p>f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、④の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。</p> <p>⑧ 大臣基準第71号の4ロにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>⑨ 大臣基準第71号の4ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題(入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。</p> <p>その際、PDCAの推進及びケアの向上を図る観点から、LIFEへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。</p> <p>⑩ 大臣基準第71号の4ニの評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>	

		<p>&lt;自立支援促進加算の算定要件&gt;  入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重することが要件となっているが、仮に入所者の状態から一般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。  3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について /41</p> <p>本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人又は家族に説明した上で、実施することが必要である。</p>	
		<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>加算の算定を開始しようとする場合、すでに施設に入所している入所者について、提出が必要な情報は、当該時点の情報に加え、施設入所時の情報も必須なのか。  3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /100</p> <p>既に施設に入所している入所者については、入所時の介護記録等にて評価が可能であれば、施設入所時の情報を提出していただきたいが、やむを得ず仮に提出ができない場合であっても、加算の算定ができなくなるものではない。</p>	
		<p>&lt;科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について&gt;</p> <p>サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。  3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。</li> <li>・当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。</li> <li>・一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。</li> </ul> <p>※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算  ※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算</p>	

		<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>本加算の目的にある「入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図ること」とはどのような趣旨か。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ &amp; A (Vol.10) (令和3年6月9日)」の送付について / 4</p> <p>・これまで、          ー 寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害は、適切なケアを行うことにより、回復や重度化防止が期待できること          ー 中重度の要介護者においても、離床時間や座位保持時間が長い程、ADLが改善すること          等が示されており(※)さらに、日中の過ごし方を充実したものとすることで、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていくこと、さらには、機能障害があってもADLおよびIADLを高め、社会参加につなげていくことが重要である。</p> <p>・介護保険は、尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービス提供することを目的とするものであり、本加算は、これらの取組を強化し行っている施設を評価することとし、多職種で連携し、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援」等の観点から作成した支援計画に基づき、適切なケアを行うことを評価することとしたものである。</p> <p>※ 第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料123ページ等を参照  <a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf</a></p>	
		<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>「個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組」とは、どのような取組か。また、希望の確認にあたっては、どのようなことが求められるか。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ &amp; A (Vol.10) (令和3年6月9日)」の送付について / 5</p> <p>・具体的には、要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、個々の入所者や家族の希望を聴取し、支援計画を作成し、計画に基づく取組を行うなど本人を尊重する個別ケア等により、入所者や家族の願いや希望に沿った、人生の最期までの尊厳の保持に資する取組を求めるものである。</p> <p>・なお、個々の入所者の希望の確認にあたっては、改善の可能性等を詳細に説明する必要があり、例えば、入所者がおむつを使用している状態に慣れて、改善の可能性があっても関わらず、おむつの使用継続を希望しているような場合は、本加算で求める入所者や家族の希望とはいえないことに留意が必要である。</p>	



		<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>支援計画の実施(「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月8日老企第40号)第2の5(37)⑥a～f等に基づくものをいう。以下同じ。)にあたっては、原則として「寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する」とこととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。また、離床時間の目安はあるか。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的には、廃用性機能障害は、基本的に回復が期待できるものであることを踏まえ、いわゆる「寝たきり」となることを防止する取組を実施するにあたり、計画的に行う離床等の支援を一定時間実施することを求めるものである。</li> <li>・したがって、治療のための安静保持が必要であることやターミナルケア等を行っていることなど医学的な理由等により、やむを得ずベッド離床や座位保持を行うべきではない場合を除き、原則として、全ての入所者がベッド離床や座位保持を行っていることが必要である。</li> <li>・なお、             <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 具体的な離床時間については、高齢者における離床時間と日常生活動作は有意に関連し、離床時間が少ない人ほど日常生活動作の自立度が低い傾向にある(※)とのデータ等もあることを参考に、一定の時間を確保すること</li> <li>－ 本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むことも重要である。</li> </ul> </li> </ul> <p>※ 第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料123ページを参照  <a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf</a></p>	
		<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>支援計画の実施にあたっては、原則として「食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する」とこととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的には、入所者が要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、             <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 個人の習慣や希望を踏まえた食事の時間の設定</li> <li>－ 慣れ親しんだ食器等の使用</li> <li>－ 管理栄養士や調理員等の関係職種との連携による、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供</li> </ul>             など、入所者毎の習慣や希望に沿った個別対応を行うことを想定している。         </li> <li>・また、             <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 経管栄養といった医学的な理由等により、ベッド離床を行うべきではない場合を除き、ベッド上で食事をとる入所者がいないようすること</li> <li>－ 入所者の体調や食欲等の本人の意向等に応じて、配膳・下膳の時間に配慮することといった取組を想定している。</li> </ul> </li> <li>・なお、衛生面に十分配慮のうえ、本人の状況を踏まえつつ、調理から喫食まで120分以内の範囲にできるように配膳することが望ましいが、結果的に喫食出来なかった場合に、レトルト食品の常備食を提供すること等も考えられること。</li> </ul>	

	<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>支援計画の実施にあたっては、原則として「排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用すること」とされているが、具体的にはどのような取組が求められるのか。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について／8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排せつは、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護状態であっても、適切な介助により、トイレで排せつを行える場合も多いことから、多床室におけるポータブルトイレの使用は避けることが望ましい。</li> <li>・このため、本加算は、日中の通常のケア(※)において、多床室でポータブルトイレを使用している利用者がいないことを想定している。              ※ 通常のケアではないものとして、特定の入所者について、在宅復帰の際にポータブルトイレを使用するため、可能な限り多床室以外での訓練を実施した上で、本人や家族等も同意の上で、やむを得ず、プライバシー等にも十分に配慮して一時的にポータブルトイレを使用した訓練を実施する場合が想定される</li> <li>・なお、「入所者ごとの排せつリズムを考慮」とは、              ー トイレで排せつするためには、生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の想定に基づき、入所者ごとの排せつリズムを考慮したケアを提供することが必要であり、全ての入所者について、個々の利用者の排せつケアに関連する情報等を把握し、支援計画を作成し定期的に見直すことや、              ・入所者に対して、例えば、おむつ交換にあたって、排せつリズムや、本人のQOL、本人が希望する時間等に沿って実施するものであり、こうした入所者の希望等を踏まえ、夜間、定時に一斉に巡回してすべての入所者のおむつ交換を一律に実施するような対応が行われていないことを想定している。</li> </ul>	
	<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>支援計画の実施にあたっては、原則として「入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること」とされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について／9</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・尊厳の保持の観点から、すべての入所者が、特別浴槽でなく、個人浴槽等の一般浴槽で入浴していることが原則である。やむを得ず、特別浴槽(個人浴槽を除く。)を利用している入所者がいる場合についても、一般浴槽を利用する入所者と同様であるが、              ー 入浴時間を本人の希望を踏まえた時間に設定することや              ー 本人の希望に応じて、流れ作業のような集団ケアとしないため、例えば、マンツーマン入浴ケアのように、同一の職員が居室から浴室までの利用者の移動や、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為に携わること              ー 脱衣所や浴室において、プライバシーの配慮に十分留意すること等の個人の尊厳の保持をより重視したケアを行うことが必要である。</li> <li>・また、自立支援の観点から、入所者の残存能力及び回復可能性のある能力に着目したケアを行うことが重要である。</li> <li>・なお、重度の要介護者に対して職員1人で個浴介助を行う場合には技術の習得が必要であり、事業所において組織的に研修等を行う取組が重要である。なお、両側四肢麻痺等の重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは2人以上の複数の職員で行うことを想定している。</li> </ul>	

		<p>&lt;自立支援促進加算について&gt;</p> <p>支援計画の実施にあたっては、原則として「生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする」とされるが、具体的にはどのような取組を行うことが求められるのか。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の入所者や家族の希望等を叶えるといった視点が重要であり、例えば、             <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとること</li> <li>－ 趣味活動に興じることや、本人の希望に応じた外出をすること</li> </ul> </li> <li>等、本人の希望等を踏まえた、過ごし方に対する支援を行うことを求めるものである。例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る能力により社会参加することが本人の暮らしの支援につながると考えられる。</li> <li>・なお、利用者の居室について、本人の愛着ある物(仏壇や家具、家族の写真等)を持ち込むことにより、本人の安心できる環境づくりを行うとの視点も重要であり、特に、認知症の利用者には有効な取組であると考えられる。</li> </ul>	
<p><b>【加算】 科学的介護推進体制加算</b></p>			
		<p>ウ 科学的介護推進体制加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位</li> <li>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位</li> </ul>	
		<p>科学的介護推進体制加算の基準</p> <p>イ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔(くう)機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</li> <li>(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</li> </ul> <p>ロ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) イ(1)に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。</li> <li>(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イ(1)に規定する情報、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</li> </ul>	

		<p>① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに注14に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。</p>	
		<p>② 情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p>	
		<p>③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。</p> <p>イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する(Plan)。</p> <p>ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。</p> <p>ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。</p> <p>ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。</p>	
		<p>④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>	
		<p>&lt;科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算、栄養マネジメント強化加算について&gt;</p> <p>要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について / 16</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。</li> <li>・また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。</li> <li>・ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。</li> </ul>	

		<p>&lt;科学的介護推進体制加算&gt;</p> <p>LIFEに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。</p> <p>3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について /17</p> <p>LIFEの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、LIFEのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。</p>	
		<p>&lt;科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)等について&gt;</p> <p>LIFEに提出すべき情報は「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。</p> <p>3.4.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.5)(令和3年4月9日)」の送付について /4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしておき、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。</li> <li>・ただし、同通知はあくまでもLIFEへの提出項目をお示したものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。</li> </ul>	
		<p>&lt;科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について&gt;</p> <p>サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。</li> <li>・当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。</li> <li>・一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。</li> </ul> <p>※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算: 科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算</p> <p>※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算: 科学的介護推進体制加算</p>	

		<p>&lt;科学的介護推進体制加算について&gt;</p> <p>サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。</p> <p>3.6.9 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について /3</p> <p>当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。</p>	
		<p>ア LIFEへの情報提出頻度について</p> <p>利用者ごとに、(ア)から(エ)までに定める月の翌月10日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと(例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。)</p> <p>(ア) 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者(以下「既利用者」という。)については、当該算定を開始しようとする月</p> <p>(イ) 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者(以下「新規利用者」という。)については、当該サービスの利用を開始した日の属する月</p> <p>(ウ) (ア)又は(イ)の月のほか、少なくとも6月ごと</p> <p>(エ) サービスの利用を終了する日の属する月</p>	
		<p>イ LIFEへの提出情報について</p> <p>事業所の全ての利用者について、別紙様式1(科学的介護推進に関する評価(通所・居住サービス))にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度」、「総論(ADL及び在宅復帰の有無等に限る。）」、「口腔・栄養」及び「認知症(必須項目に限る。）」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「総論(既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る。）」及び「認知症(任意項目に限る。）」の各項目に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。なお、フィードバックについては必須情報以外も含め提出された情報に基づき実施されるものであること。</p> <p>また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ア(ア)に係る提出情報は、当該算定開始時における情報</li> <li>・ ア(イ)に係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報</li> <li>・ ア(ウ)に係る提出情報は、前回提出時以降の情報</li> <li>・ ア(エ)に係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報</li> </ul>	

		<p>猶予期間の設定について</p> <p>令和3年度においては、LIFEに対応した介護記録システム等を導入するために時間を要する等の事情のある事業所・施設については、(1)ア、(2)ア及び(3)アの規定にかかわらず、一定の経過措置を設けることとする。具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 令和3年4月から同年9月末日までに本加算の算定を開始する場合は、算定を開始しようとする月の5月後の月</li> <li>又は、</li> <li>・ 令和3年10月から令和4年2月末日までの間に本加算の算定を開始する場合は、令和4年3月</li> </ul> <p>の翌月10日までに提出することを可能とする猶予期間を設けることとし、当該猶予の適用を必要とする理由及び提出予定時期等を盛り込んだ計画を策定することで、猶予措置の適用を受け本加算の算定をできるものとする(本計画については、指定権者への届出までを求めるものではないが、求められた場合には速やかに提出すること)。なお、猶予期間終了後、情報提出を行うに当たっては、(1)ア、(2)ア及び(3)アに規定する時点における情報の提出が必要であること。また、猶予期間の終了時期を待たず、可能な限り早期に(1)ア、(2)ア及び(3)アの規定に従い提出することが望ましいこと。</p> <p>なお、提出すべき情報を猶予期間終了日までに提出していない場合は、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。</p>	
<p>【加算】 安全対策体制加算</p>			
		<p>⌘ 安全対策体制加算 20単位</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。</p>	
		<p>安全対策体制加算に係る施設基準</p> <p>イ 指定介護老人福祉施設基準第三十五条第一項に規定する基準に適合していること。</p> <p>ロ 指定介護老人福祉施設基準第三十五条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。</p> <p>ハ 当該指定介護老人福祉施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。</p>	

		<p>安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。</p> <p>安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定(令和3年4月以降、受講申込書等を有している場合)であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10月31日までに研修を受講していない場合には、令和3年4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。</p> <p>また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。</p>	
		<p>&lt;安全対策体制加算の算定要件&gt;</p> <p>安全対策体制加算について、安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていることが要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。</p> <p>3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について / 39</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。</li> <li>・外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体(公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等)等が開催する研修を想定している。</li> </ul>	
		<p>&lt;安全対策体制加算の算定&gt;</p> <p>安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。</p> <p>3.3.23 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について / 40</p> <p>安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。</p>	



【加算】 サービス提供体制強化加算			
		<p>ノ サービス提供体制強化加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位                      (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位                      (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位</p>	
		<p>九十三 介護保健施設サービスにおけるサービス提供体制強化加算の基準</p> <p>イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 次のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の八十以上であること。</p> <p>(二) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。</p> <p>(2) 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。</p> <p>(3) 通所介護費等算定方法第十三号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>	
		<p>ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六十以上であること。</p> <p>(2) イ(3)に該当するものであること。</p>	
		<p>ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 次のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>(二) 介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の七十五以上であること。</p> <p>(三) 指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。</p> <p>(2) イ(3)に該当するものであること。</p>	

		<p>① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たつて必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。</p> <p>ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能となるものであること。</p> <p>なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。</p>	
		<p>② 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならない。</p>	
		<p>5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い 事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。また、この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。</p>	
		<p>③ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。</p>	
		<p>④ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。</p>	
		<p>介護保健施設サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。</p>	

		<p>提供する指定特定施設入居者生活介護の質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ LIFEを活用したPDCAサイクルの構築</li> <li>・ ICT・テクノロジーの活用</li> <li>・ 高齢者の活躍(居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供)等による役割分担の明確化</li> <li>・ ケアに当たり、居室の定員が2以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること</li> </ul> <p>実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。</p>	
		<p>⑥ 同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。</p>	
		<p>&lt;特定事業所加算(訪問介護)・サービス提供体制強化加算 共通&gt;</p> <p>特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算における介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者若しくは一級課程修了者とは、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされているが、その具体的取扱いについて示されたい。</p> <p>21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 2</p> <p>要件における介護福祉士等の取扱いについては、登録又は修了証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年3月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年4月において介護福祉士として含めることができる。また、研修については、全カリキュラムを修了していれば、修了証明書の交付を待たずに研修修了者として含めることが可能である。</p> <p>なお、この場合において、事業者は当該資格取得等見込み者の、試験合格等の事実を試験センターのホームページ等で受験票と突合する等して確認し、当該職員に対し速やかな登録等を促すとともに、登録又は修了の事実を確認すべきものであること。</p>	
		<p>&lt;サービス提供体制強化加算&gt;</p> <p>産休や病欠している期間は含めないとするのか。</p> <p>21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) / 6</p> <p>産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。</p>	

		<p>&lt;サービス提供体制強化加算&gt;</p> <p>「届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる」こととされている平成21年度の1年間及び平成22年度以降の前年度の実績が6月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) /10</p> <p>サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。 「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。」 具体的には、平成21年4月に算定するためには、平成20年12月から平成21年2月までの実績に基づいて3月に届出を行うが、その後平成21年1月から3月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成21年4月分の算定はできない取扱いとなる。</p>	
		<p>&lt;サービス提供体制強化加算&gt;</p> <p>介護老人福祉施設と併設のショートステイを一体的に運営している場合、加算の算定基準となる職員の割合は一体的に算出すべきか、別個に算出すべきか。両方を兼務している職員をどちらか一方に寄せてカウントすることは可能か。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q &amp; A(vol.1) /77</p> <p>本体施設と併設のショートステイを兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイに割り振った上で、本体施設とショートステイそれぞれについて割合を算出し、加算の算定の可否を判断することが望ましい。ただし、大多数の職員が特養と併設ショートステイを均等に兼務しているような場合は、本体施設とショートステイで一体的に算出した職員の割合を、本体施設とショートステイの両方について用いても差し支えない。 また、実態として本体施設のみ勤務している職員を本体施設のみでカウントすることは差し支えないが、実態として本体施設とショートステイを兼務している職員を本体施設かショートステイいずれか一方のみにおいてカウントするなど、勤務実態と乖離した処理を行うことは認められない。</p>	

		<p>&lt;旧一部ユニット型施設・事業所の初期加算の取扱い&gt;</p> <p>一部ユニット型施設・事業所について、当該施設・事業所のユニット型部分とユニット型以外の部分をそれぞれ別施設・事業所として指定した場合、サービス提供体制強化加算を算定する上で、前年度の職員の割合はどのように算出すればよいか。</p> <p>23.9.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.238 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令の施行に伴う指定、介護報酬等の取扱いについて /8</p> <p>別施設・事業所として指定等した当該年度については、双方の施設・事業所を一体として前年度の実績に基づき職員の割合を算出する。この場合、双方の施設・事業所においてサービス提供体制強化加算を算定可能である。翌年度については、別施設・事業所として指定等した以後の実績に基づいて、それぞれの施設・事業所について職員の割合を算出する。</p>	
		<p>&lt;サービス提供体制強化加算&gt;</p> <p>サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4月日以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということか。</p> <p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(vol.2)(平成27年4月30日)」の送付について /63</p> <p>貴見のとおり。</p> <p>なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあつては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。</p>	
		<p>&lt;サービス提供体制強化加算&gt;</p> <p>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。</p> <p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&amp;A(vol.2)(平成27年4月30日)」の送付について /64</p> <p>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロを同時に取得することはできない。</p> <p>また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。</p> <p>なお、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。</p>	

		<p>問 126 「10 年以上介護福祉士が 30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。</p> <p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス提供体制強化加算における、勤続 10 年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、             <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が 10 年以上の者の割合を要件としたものであり、</li> <li>－ 介護福祉士の資格を取得してから 10 年以上経過していることを求めるものではないこと。</li> </ul> </li> <li>・ 「同一法人等での勤続年数」の考え方について、             <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 同一法人等(※)における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数</li> <li>－ 事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。</li> </ul> </li> </ul> <p>(※)同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数 10 年の考え方」とは異なることに留意すること。</li> </ul>	
		<p>注19 イ(4)又はロ(4)を算定している介護老人保健施設については、注7、注8及び注18並びにニからへまで、チからヌまで、ワ、ヨ及びツからニまでは算定しない。</p>	
		<p>短期集中リハ、認知症短期集中リハ、                  再入所時栄養連携、入所前後訪問指導、試行時退所時指導                  退所時情報提供、退所前連携                  経口移行、経口維持、口腔衛生管理                  かかりつけイ連携薬剤調整、所定疾患施設療養                  褥瘡マネジメント、排せつ支援                  地域連携診療計画情報提供、在宅復帰・在宅療養支援機能                  訪問看護指示、療養体制維持                  リハビリテーションマネジメント計画書情報                  自立支援促進、科学的介護推進体制、安全対策体制</p>	

## 講師プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員

京都大学経済学部卒業後、平成2年、特別養護老人ホームに介護職として勤務  
 社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、  
 有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる  
 15年間の現場経験を経て、平成7年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的として独立



著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間00回を超える

4児の父、趣味はクラシック音楽

ブログ、facebookはほぼ毎日更新中、日刊・週刊のメールマガジンを配信

Zoomセミナー、動画講座、YouTubeでも配信中、13年目になる「介護の読書会」主催

天晴れ介護サービス総合教育研究所<https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索

■HMS介護事業コンサルタント ■C-MAS介護事業経営研究会スペシャリスト

■全国有料老人ホーム協会 研修委員 ■日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師

■稲沢市介護保険事業計画策定委員会 地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員

■出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数

■平成20年第21回G Eヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞

■榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

Copyright (c)hiromasa sakakibara.Allrights reserved.

2

## 介護現場をよくする研究・活動



>facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信

>天晴れ介護サービス総合教育研究所 YouTube チャンネル 週1～2回動画配信

>メルマガ(日刊:介護の名言、週刊:介護現場をよくする研究&活動通信)

>以上の情報はHP(「天晴れ介護」で検索)よりどうぞ

Copyright (c)hiromasa sakakibara.Allrights reserved.

3

# 天晴れ介護サービス「ACGs」！

## APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス  
介護現場をよくする21のテーマ

個別ケア	1 健康管理	2 ADLの自立 重度化予防	3 IADLの 支援	4 認知症 症状の緩和 進行予防	5 社会交流 意欲・楽しみ	6 介護者支援	7 対人 援助職の 基本姿勢	
	事業所運営	8 環境整備	9 接遇・マナー	10 生活の 安定・安全	11 喜び 楽しみ	12 家族・地域	13 事業所の 維持	14 チーム
		法人経営	15 行政対応 地域分析	16 事業 サービス	17 収支	18 人事・組織	19 法令遵守 リスク マネジメント	20 指導 育成 管理

Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

6

## 著書・雑誌連載

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

5



## 天晴れ介護サービスのコンテンツ

飲食店で言えば...	天晴れ介護サービスのコンテンツ
グランドメニュー(通常・単品)	・ 定例セミナー
特別メニュー (おススメ期間限定)	・ ゲスト講師編 ・ その時々ホットなテーマ
月替わりのシリーズメニュー	・ ACGs2023(天晴れ介護サービスのテーマ) ・ 工藤さんのコミュニケーション講座 ・ 介護職向け講座 ※年間申込で割引あり
コースメニュー (少人数、プレミアム)	・ 進塾(面談スキル向上講座) ・ 管理職養成コース ・ 稼働率&サービス向上コース ・ 人材確保・育成・定着コース ・ 相談援助職ケアマネ養成コース ※5カ月間、少人数制、トレーニング&課題あり
会食プラン	・ 月1回ケアラズクラブQAセッション ・ 月1回グループコンサルティング ・ 月2回PDCAグループコンサルティング ※会員限定

Copyright (c)hiromasa sakakibara.Allrights reserved.

46

## 赤本・青本・緑本通読セミナー(一部)

サービス種別	内容・収録月
居宅介護支援	運営基準編/介護報酬編(2022年2月収録)
特定施設入居者生活介護	運営基準編/介護報酬編(2022年4月収録)
訪問介護	運営基準編/介護報酬編(2022年5月収録)
(地域密着型)通所介護	運営基準編/介護報酬編(2022年7月収録)
小規模多機能型居宅介護	運営基準編/介護報酬編(2022年8月収録)
認知症対応型共同生活介護	運営基準編/介護報酬編(2022年9月収録)
看護小規模多機能型居宅介護	運営基準編/介護報酬編(2022年10月収録)
定期巡回随時対応型訪問介護看護	運営基準編/介護報酬編(2022年11月収録)
(地域密着型)介護老人福祉施設	運営基準編/介護報酬編(2022年12月収録)
福祉用具貸与・販売等	運営基準編/介護報酬編(2023年1月収録予定)
認知症対応型通所介護	運営基準編/介護報酬編(2023年2月収録予定)
総合事業	運営基準編/介護報酬編(2023年3月収録予定)
介護予防支援	運営基準編/介護報酬編(2023年4月収録予定)
介護老人保健施設	運営基準編/介護報酬編(2023年5月収録予定)
通所リハビリテーション	運営基準編/介護報酬編(2023年6月収録予定)
介護医療院	運営基準編/介護報酬編(2023年7月収録予定)

Copyright (c)hiromasa sakakibara.Allrights reserved.

41